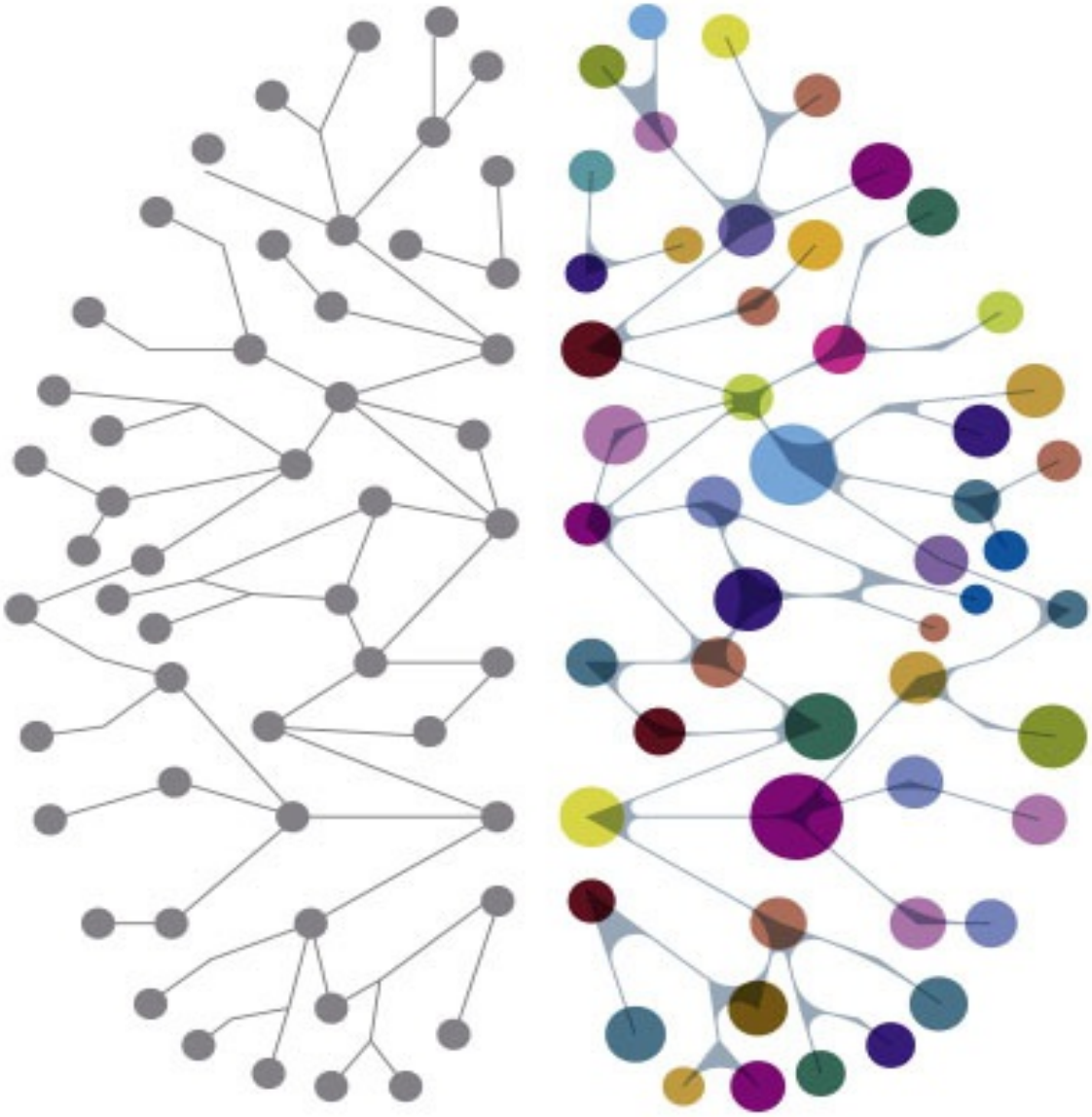
Manual clínico de trastornos psicológicos

Tratamiento paso a paso



David H. Barlow

Manual Moderno®

Manual clínico de trastornos psicológicos

Tratamiento paso a paso

Primera edición en español traducida de la quinta edición en inglés

Manual clínico de trastornos psicológicos

Tratamiento paso a paso

David H. Barlow, PhD

Traducción:
Dra. María Elena Ortíz Salinas
Doctora en Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México

Revisión técnica:
Dr. Michel André Reyes Ortega
Doctor en Investigación Psicológica
Universidad Iberoamericana

Editor responsable:
Lic. Georgina Moreno Zarco
Editorial El Manual Moderno

Manual Moderno®

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 Ciudad de México

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

IMPORTANTE

Los autores y la Editorial de esta obra han tenido el cuidado de comprobar que las dosis y esquemas terapéuticos sean correctos y compatibles con los estándares de aceptación general en la fecha de la publicación. Sin embargo, es difícil estar por completo seguro que toda la información proporcionada es totalmente adecuada en todas las circunstancias. Se aconseja al lector consultar cuidadosamente el material de instrucciones e información incluido en el inserto del empaque de cada agente o farmacoterapéutico antes de administrarlo. Es importante, en especial, cuando se utilizan medicamentos nuevos o de uso poco frecuente. La Editorial no se responsabiliza por cualquier alteración, pérdida o daño que pudiera ocurrir como consecuencia, directa o indirecta, por el uso y aplicación de cualquier parte del contenido de la presente obra.

Nos interesa su opinión, comuníquese con nosotros:

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Av. Sonora 206, Col. Hipodromo, Deleg. Cuauhtémoc. 06100 Ciudad de México, México

(52-55) 52-65-11-00

info@manualmoderno.com

quejas@manualmoderno.com

Título original de la obra:
Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual, fifth edition
Copyright© 2014 by The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc 370 Seventh Avenue, Suite 1200, New York, NY 10001
ISBN: 978-1-4625-1326-0

Manual clínico de trastornos psicológicos. Tratamiento paso a paso
D.R. © 2018 por Editorial El Manual Moderno S.A de C.V.
ISBN: 978-607-448-727-5 (versión electrónica)

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida sin permiso previo por escrito de la Editorial.

Para mayor información sobre

Catálogo de producto
Novedades
Distribuciones y más
www.manualmoderno.com

Director editorial y de producción:
Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora de desarrollo/Asociada:
Tania Flor García San Juan

Diseño de portada:
DG. Dania Sofía Martínez García

Para Beverly
Por su amor, lealtad y dedicación

Acerca del autor

David H. Barlow, PhD, ABPP, es Professor of Psychology and Psychiatry y Founder y Director Emeritus del Center for Anxiety and Related Disorders de Boston University. Ha publicado más de 500 artículos, capítulos de libros y más de 60 libros y manuales clínicos (algunos de ellos traducidos a más de 20 idiomas como árabe, chino, hindi y ruso), principalmente en las áreas de trastornos emocionales y metodología de la investigación clínica. Entre los libros del Dr. Barlow se encuentran las segundas ediciones de *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders* y *Anxiety and Its Disorders.* Ha recibido numerosos galardones, de los cuales el más reciente es Career/Lifetime Achievement Award from the Association for Behavioral and Cognitive Therapies. Fue presidente de la Society of Clinical Psychology y de la Association for Behavioral and Cognitive Therapies, así como editor de las revistas *Clinical Psychology: Science and Practice and Behavior Therapy.* La investigación del Dr. Barlow ha sido financiada durante más de 40 años por los Institutos Nacionales de Salud.

David H. Barlow, PhD, Center for Anxiety and Related Disorders and Department of Psychology, Boston University, Boston, Massachusetts

Aaron T. Beck, MD, Department of Psychiatry, Perelman School of Medicine at the University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania; Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, Bala Cynwyd, Pennsylvania

Larry E. Beutler, PhD, ABPP, Department of Clinical Psychology, Palo Alto University, Palo Alto, California

Kathryn L. Bleiberg, PhD, Department of Psychiatry, Weill Cornell Medical College, Cornell University, New York, New York

Andrew Christensen, PhD, Department of Psychology, University of California, Los Angeles, California

Zafra Cooper, DPhil, Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, United Kingdom

Michelle G. Craske, PhD, Department of Psychology, University of California, Los Angeles, California

Sona Dimidjian, PhD, Department of Psychology and Neuroscience, University of Colorado, Boulder, Colorado

Brian D. Doss, PhD, Department of Psychology, University of Miami, Coral Gables, Florida

Kristen K. Ellard, PhD, Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts

Christopher G. Fairburn, DM, Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, United Kingdom

Christopher P. Fairholme, PhD, Center for Anxiety and Related Disorders, Boston University, Boston, Massachusetts
Todd J. Farchione, PhD, Center for Anxiety and Related Disorders and Department of Psychology, Boston University, Boston, Massachusetts

Edna B. Foa, PhD, Department of Psychiatry and Center for the Treatment and Study of Anxiety, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania

Martin E. Franklin, PhD, Department of Psychiatry, Perelman School of Medicine at the University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania

Allison G. Harvey, PhD, Department of Psychology, University of California, Berkeley, California

Sarah H. Heil, PhD, Vermont Center on Behavior and Health, Departments of Psychiatry and Psychology, University of Vermont, Burlington, Vermont

Richard G. Heimberg, PhD, Adult Anxiety Clinic and Department of Psychology, Temple University, Philadelphia, Pennsylvania

Ruth Herman-Dunn, PhD, private practice and Department of Psychology, University of Washington, Seattle, Washington

Stephen T. Higgins, PhD, Vermont Center on Behavior and Health, Departments of Psychiatry and Psychology, University of Vermont, Burlington, Vermont

Samuel Hubley, MA, Department of Psychology and Neuroscience, University of Colorado, Boulder, Colorado

Neil S. Jacobson, PhD (deceased), Department of Psychology, University of Washington, Seattle, Washington

Katherine A. Kaplan, PhD, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences,

Stanford University School of Medicine, Stanford, California

Marsha M. Linehan, PhD, Department of Psychology, University of Washington, Seattle, Washington

Leanne Magee, PhD, Division of Plastic and Reconstructive Surgery, Department of Child and Adolescent Psychiatry and Behavioral Sciences, The Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia, Pennsylvania

John C. Markowitz, **MD,** Department of Psychiatry, Columbia University College of Physicians and Sugeons; Department of Psychiatry, New York State Psychiatric Institute; Department of Psychiatry, Weill Medical College, Cornell University, New York, New York

Christopher R. Martell, PhD, Martell Behavioral Activation Research Consulting, and Department of Psychology, University of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin

Barbara S. McCrady, PhD, Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions, and Department of Psychology, University of New Mexico, Albuquerque, New Mexico

David J. Miklowitz, PhD, Department of Psychiatry, Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior, David Geffen School of Medicine, Los Angeles, California

Candice M. Monson, PhD, Department of Psychology, Ryerson University, Toronto, Ontario, Canada

Andrada D. Neacsiu, PhD, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina

John C. Norcross, PhD, ABPP, private practice and Department of Psychology, University of Scranton, Scranton, Pennsylvania

Susan M. Orsillo, PhD, Department of Psychology, Suffolk University, Boston, Massachusetts

Laura A. Payne, PhD, Department of Pediatrics, David Geffen School of Medicine, University of California, Los Angeles, California

Patricia A. Resick, PhD, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University School of Medicine, Durham, North Carolina

Shireen L. Rizvi, PhD, Graduate School of Applied and Professional Psychology,

Rutgers, The State University of New Jersey, Piscataway, New Jersey

Lizabeth Roemer, PhD, Department of Psychology, University of Massachusetts, Boston, Massachusetts

Jayne L. Rygh, PhD, private practice, New York, New York

Stacey C. Sigmon, PhD, Vermont Center on Behavior and Health, Departments of Psychiatry and Psychology, University of Vermont, Burlington, Vermont

Nicholas Tarrier, PhD, Institute of Psychiatry, King's College London, London, United Kingdom

Rumina Taylor, DClinPsy, Institute of Psychiatry, King's College London, and South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, United Kingdom

Arthur D. Weinberger, PhD (retired), Cognitive Therapy Center of New York, New York, New York

Jennifer G. Wheeler, PhD, private practice, Seattle, Washington

Jeffrey E. Young, PhD, Department of Psychiatry, Columbia University, and Schema Therapy Institute of New York, New York, New York

La práctica basada en la evidencia (PBE) es una de esas ideas que surgen ocasionalmente y cautivan a todo el mundo. Aunque algunos de los principios de esta práctica han estado presentes durante décadas (igual que este manual), fue sólo en los 15 años previos que se le identificó formalmente como un método sistemático para proporcionar atención clínica (Institute of Medicine, 2001; Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg y Haynes, 2000).

Desde entonces, es claro que ha ocurrido el "punto de inflexión" para la práctica basada en la evidencia (Gladwell, 2000) y que tanto los gobiernos y los planificadores de políticas como las sociedades profesionales de todo el mundo decidieron colectivamente que los servicios de atención de salud, incluyendo la atención conductual, deben basarse en la evidencia (APA Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). El cumplimiento de este mandato incluye los propósitos de la Práctica Basada en la Evidencia y ha sido también la meta de este libro desde que se publicó la primera edición en 1985.

Esta quinta edición del libro sigue representando un claro alejamiento de libros similares que revisan los avances en el tratamiento de los trastornos psicológicos desde la perspectiva de la Práctica Basada en la Evidencia. Durante las dos décadas anteriores se desarrolló una tecnología de cambio conductual que necesariamente difiere de un trastorno a otro.

Esta tecnología incluye distintas técnicas o procedimientos, con mayor o menor eficacia demostrada, para un determinado trastorno (y cada vez más para clases de trastornos). Por supuesto, se cuenta con más evidencia sobre la efectividad de esos tratamientos para algunos trastornos que para otros. Desde las primeras ediciones también se hizo evidente que se requiere de considerable habilidad clínica para aplicar esta tecnología con eficacia. Por consiguiente, este libro, en su quinta edición, **no** es otra revisión de procedimientos terapéuticos para un determinado problema con recomendaciones de realizar mayor investigación. Es una descripción detallada de protocolos reales de tratamiento en que

clínicos experimentados ponen en práctica la tecnología del cambio conductual en el contexto de los trastornos que se encuentran con más frecuencia.

En esta edición, los creadores de algunos de los protocolos de tratamiento mejor conocidos revisaron y actualizaron la descripción de sus intervenciones a fin de que reflejaran los desarrollos más recientes en un conjunto de terapias psicológicas cada vez más poderosas, entre ellas: Monson, Resick y Rizvi (capítulo 2) quienes utilizaron la descripción del trágico caso de un soldado recién salido de los campos de batalla en Irak para actualizar su capítulo sobre trastorno de estrés postraumático. El exitoso tratamiento del individuo que sufría un inenarrable (e intolerable) trauma de la guerra fue una consecuencia de las historias que ocupan los titulares y que pocas veces llegan a ser publicadas. El abuso de drogas sigue siendo un flagelo que arruina las vidas de las personas, el funcionamiento de las familias y el tejido mismo de la sociedad. Higgins, Sigmon y Heil (capítulo 14) presentan las iteraciones más recientes de su aproximación, mismas que pueden aplicarse a todas las sustancias peligrosas de abuso. En lo que toca a los capítulos relacionados con la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar, distintos trastornos de ansiedad y depresión (que en la mayoría de los casos fueron escritos por los creadores de esos protocolos) se realizaron actualizaciones importantes que reflejan la evidencia reciente sobre las aproximaciones más eficaces a esos problemas comunes pero desgastantes.

Además, en esta edición aparecen por primera vez tres protocolos originales de tratamiento. Aunque los tratamientos psicológicos breves para el insomnio representan una de las historias de éxito en la práctica basada en la evidencia, con una notable superioridad a los medicamentos populares para el sueño, estas estrategias son desconocidas por muchos clínicos cuyos pacientes enfrentan a menudo graves problemas y trastornos del sueño. Debido al éxito de esos métodos de tratamiento, la Academia Estadounidense se Medicina del Sueño recomienda el uso de esos protocolos como tratamiento de elección para personas con todo tipo de insomnio, incluyendo a quienes actualmente utilizan fármacos hipnóticos. El protocolo descrito por Kaplan y Harvey (capítulo 16) representa una aproximación exitosa y de avanzada a este problema.

Roemer y Orsillo (capítulo 5) describen un nuevo tratamiento con base en la aceptación para el trastorno de ansiedad generalizada que refleja, de forma inteligente y creativa, muchos de los principios adoptados por el enfoque de la “tercera ola” a los trastornos psicológicos. Los resultados iniciales de este protocolo son impresionantes.

Norcross y Bentler (capítulo 15), terapeutas experimentados y muy conocidos, presentan su enfoque estratégico de “tratamiento de igualación” en el contexto de mujeres jóvenes que sufren de depresión y abuso de sustancias diversas. Aunque en la descripción de este tratamiento pue den reconocerse los enfoques cognitivo-conductual y de sistemas, los autores destacan de manera explícita factores transdiagnósticos del terapeuta y de la relación con apoyo empírico que claramente merecen ser descritos en este libro.

Por último, cada vez es mayor el consenso de que el futuro de la práctica basada en la evidencia será generar principios de cambio efectivo que trasciendan condiciones

diagnósticas, aumentando la generalidad de su aplicación. Dos de esos protocolos "unificados" o "transdiagnósticos" aparecen en esta quinta edición. En el capítulo 6 (Payne, Ellard, Farchione, Fairholme y Barlow) se presenta una aproximación transdiagnóstica unificada a los trastornos emocionales, mientas que Fairburn y Cooper (capítulo 17) describen un enfoque transdiagnóstico de los trastornos alimentarios que crearon con sus colegas.

En todos los capítulos se hace énfasis en los principios básicos de la aplicación clínica.

Igual que en las ediciones anteriores, este libro fue motivado por innumerables estudiantes de posgrado de psicología clínica, residentes de psiquiatría y de otros profesionales de la salud mental, en entrenamiento o ya en la práctica, que preguntaban, "Pero ¿cómo lo hago?" Esta obra pretende llenar el vacío generado por la ausencia de una fuente única donde encontrar protocolos detallados de tratamiento que pudieran usarse como una guía para la práctica. Para lograr dicho propósito, la mayor parte de los capítulos incluyen una serie de temas específicos. Cada capítulo empieza con una breve revisión de conocimiento existente del trastorno (o clase de trastornos) específico, seguida por la descripción del modelo o miniteoría particular que guía la tecnología utilizada con el trastorno en cuestión. Este modelo o miniteoría, por lo general, responde la pregunta ¿Qué facetas particulares del trastorno deben ser evaluadas y tratadas? Aunque la aplicación clínica siempre diluye los modelos teóricos, los clínicos reconocerán que el contexto teórico es dominado por los enfoques cognitivo-conductual y de sistemas, con algunas contribuciones psicodinámicas.

Este modelo es seguido por la descripción del escenario habitual en que se lleva a cabo el tratamiento, el cual varía de un trastorno a otro y va del ambiente más usual del consultorio al hogar del paciente. Los autores hacen también descripciones detalladas, similares del contexto social del tratamiento (p. ej., la importancia de la participación de familiares o amigos), así como de variables del terapeuta y el cliente que son importantes en el contexto del problema particular. Por ejemplo, se describen variables del terapeuta que pueden ser importantes en la implementación de técnicas para el tratamiento de la agorafobia o de problemas de pareja. Además, los autores analizan las implicaciones que tienen variables del cliente como la dependencia y la falta de asertividad en individuos que presentan trastorno de pánico con agorafobia para el tratamiento.

En muchos capítulos se presenta una descripción detallada del proceso real, paso a paso, de evaluación y tratamiento con transcripciones abundantes de las sesiones de terapia. Algunos componentes importantes de este proceso son los detalles de las explicaciones dadas al paciente antes del tratamiento, así como los problemas comunes que surgen durante la implementación de la tecnología. En los casos en qu e se cuenta con datos, los autores proporcionan información sobre los predictores clínicos de éxito o fracaso.

En el cumplimiento de las ambiciosas metas descritas, en esta edición del libro, como en las ediciones previas, se tuvo la enorme fortuna de contar con clínicos e investigadores destacados que documentaran con cierto detalle la manera en que tratan a sus pacientes. Una vez más, esas autoridades informaron que la cantidad de detalles que

se incluyeron a fin de comunicar la manera real en que aplicaban sus programas de tratamiento excedieron con mucho sus expectativas. Mi esperanza es que los clínicos, tanto los profesionales como los estudiantes, se beneficien del conocimiento de esos detalles.

Para terminar, me gustaría expresar mi profundo reconocimiento a Amantia Ametaj, mi asistente administrativa y de investigación durante la edición de este libro. Amantia trabajó conmigo y con los autores en cada paso del camino. Estoy seguro de que esta información se hará accesible ahora que realiza su doctorado en psicología clínica.

David H. Barlow, PhD

REFERENCIAS

APA Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*, 271–285.

Gladwell, M. (2000). *The tipping point: How little things can make a big difference.* Boston: Little, Brown.

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academies Press.

Sackett, D. L., Strauss, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). London: Churchill Livingstone.

1 Trastorno de pánico y agorafobia
Michelle G. Craske • David H. Barlow

2 Trastorno por estrés postraumático
Candice M. Monson • Patricia A. Resick • Shireen L. Rizvi

3 Trastorno de ansiedad social
Richard G. Heimberg • Leanne Magee

4 Trastorno obsesivo-compulsivo
Martin E. Franklin • Edna B. Foa

5 Terapia conductual con base en la aceptación para el trastorno de ansiedad generalizada
Lizabeth Roemer • Susan M. Orsillo

6 Trastornos emocionales. Un protocolo transdiagnóstico unificado
Laura A. Payne • Kristen K. Ellard • Todd J. Farchione • Christopher P. Fairholme • David H. Barlow

7 Terapia cognitiva para la depresión
Jeffrey E. Young • Jayne L. Rygh • Arthur D. Weinberger • Aaron T. Beck

8 Psicoterapia interpersonal para la depresión
Kathryn L. Bleiberg • John C. Markowitz

9 Activación conductual para la depresión
Sona Dimidjian • Christopher R. Martell • Ruth Herman-Dunn • Samuel Hubley

10 Trastorno límite de la personalidad
Andrada D. Neacsiu • Marsha M. Linehan

11 Trastorno bipolar
David J. Miklowitz

12 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Nicholas Tarrier • Rumina Taylor

13 Trastornos por consumo de alcohol
Barbara S. McCrady

14 Trastornos por consumo de drogas
Stephen T. Higgins • Stacey C. Sigmon • and Sarah H. Heil

15 Relaciones y responsividad basadas en la evidencia para la depresión y abuso de sustancias
John C. Norcross • Larry E. Beutler

16 Tratamiento de las alteraciones del sueño
Katherine A. Kaplan and Allison G. Harvey

17 Trastornos alimentarios: Un protocolo transdiagnóstico
Christopher G. Fairburn • Zafra Cooper

18 Problemas de pareja
Andrew Christensen • Jennifer G. Wheeler • Brian D. Doss • Neil S. Jacobson

El protocolo de tratamiento que se describe en este capítulo representa una de las historias de éxito en el desarrollo de los tratamientos psicológicos basados en evidencia. Los resultados de numerosos estudios indican que este enfoque ofrece ventajas sustanciales sobre el uso de placebos o enfoques psicosociales alternativos que incluyen factores "comunes" como expectativas positivas y alianzas terapéuticas útiles. Además, es una parte importante de las guías para la práctica clínica que describen tratamientos eficaces para el trastorno de pánico y agorafobia, tanto en el campo de la salud pública como en otras fuentes de todo el mundo. Los resultados de numerosos estudios que evalúan este protocolo de tratamiento, individualmente y en combinación con métodos farmacológicos destacados, sugieren que en el corto plazo este enfoque es tan efectivo como los mejores métodos farmacológicos en el corto plazo y que en el largo plazo sus efectos son más duraderos. En años recientes se ha aprendido mucho sobre los mecanismos neurobiológicos de acción en la reducción del miedo y sobre los métodos psicológicos más adecuados para efectuar esos cambios, así como de los nuevos procedimientos basados en la aceptación que han demostrado ser muy eficaces. En este capítulo se presenta la versión más reciente de este protocolo, que incorpora dichos cambios y otras adiciones en el contexto de las modificaciones en los criterios diagnósticos del DSM-5, según se ilustra en el relato exhaustivo del tratamiento de "Julie". -D. H. B.

El desarrollo de modelos biopsicosociales y tratamientos cognitivo-conductuales para el trastorno de pánico y agorafobia sigue avanzando. La investigación experimental, clínica y longitudinal mantienen su apoyo a la conceptualización del trastorno de pánico como un temor adquirido a ciertas sensaciones corporales y de la agorafobia como una respuesta conductual a la anticipación de sensaciones corporales relacionadas o su aumento gradual para convertirse en un ataque de pánico completo. Por otra parte, está bien documentada la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales cuyo objetivo es el temor a las sensaciones corporales y las situaciones agorafóbicas asociadas. Además de

presentar una revisión actualizada de los resultados del tratamiento, este capítulo incluye desarrollos teóricos y empíricos recientes, concernientes a los factores etiológicos, el papel de diagnósticos comórbidos en el tratamiento, formas de optimizar el aprendizaje durante la terapia de exposición, y el efecto de la medicación en los tratamientos cognitivo-conductuales. El capítulo concluye con una descripción detallada, sesión a sesión, del tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno de pánico y agorafobia. Este protocolo se detalla por completo en los manuales de tratamiento (Barlow y Craske, 2006; Craske y Barlow, 2006).

Ataques de pánico

Los ataques de pánico son episodios discretos de temor o malestar intenso acompañados por síntomas físicos y cognitivos, como se detalla en la lista de cotejo de los ataques de pánico del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). A diferencia del crecimiento gradual de la activación ansiosa, los ataques de pánico son clasificados en virtud de su inicio repentino o abrupto y de su breve duración. En el trastorno de pánico los ataques suelen tener una cualidad inesperada, lo que significa que, desde la perspectiva del paciente, parecen ocurrir sin un detonante evidente o en momentos inesperados. De hecho, el diagnóstico del trastorno se define por ataques de pánico recurrentes e "inesperados", seguidos por al menos un mes de preocupación persistente sobre su recurrencia y sus consecuencias, o por un cambio significativo en la conducta consecuente a los ataques (American Psychiatric Association, 2013).

Igual que todas las emociones básicas (Izard, 1992), los ataques de pánico se asocian con fuertes tendencias a la acción que, por lo general, consisten en impulsos de escapar y con menos frecuencia implican impulsos de luchar. Las tendencias de lucha y huida, por lo regular, involucran una elevada activación del sistema nervioso autónomo, requerida para apoyar la reacción del mismo nombre. Dicha reactividad suele ser acompañada por percepciones de amenaza o peligro inminente como la muerte, pérdida de control o ridículo social. Sin embargo, no en todos los casos de pánico reportados por el individuo están presentes las características de la urgencia por escapar, la activación autónoma y la percepción de amenaza. Por ejemplo, a pesar de la evidencia de que durante los ataques de pánico hay un aumento en el ritmo cardiaco o en otros indicadores de activación del sistema nervioso autónomo (p. ej., Wilkinson *et al.,* 1998), Margraf, Taylor, Ehlers, Roth y Agras (1987) encontraron que 40% de los ataques de pánico reportados por el individuo no se asociaban con la aceleración del ritmo cardiaco. Además, los pacientes con trastorno de pánico, en general, son más propensos que los controles no ansiosos a informar de un ritmo cardiaco arrítmico en ausencia de arritmias reales (Barsky, Cleary, Sarnie y Ruskin, 1998). La ansiedad intensificada por los indicios de activación autónoma puede llevar a los pacientes a percibir eventos cardiacos inexistentes (Barlow, Brown y Craske, 1994; Craske y Tsao, 1999). Se cree que el pánico reportado por los individuos en ausencia de aceleración del ritmo cardiaco o de otros indicadores de activación autónoma refleja ansiedad anticipatoria, más que pánico verdadero (Barlow *et al.,* 1994), en especial porque los ataques de pánico más graves se asocian sistemáticamente con la aceleración del ritmo cardiaco (Margraf *et al.,* 1987). En ocasiones los individuos informan de un temor abrupto e intenso en ausencia de percepciones de amenaza o peligro, lo que se conoce como pánico "no cognitivo" (Rachman, Lopatka y Levitt, 1988; vea el trabajo de Kircanski, Craske, Epstein y Wittchen, 2009). Por último, la urgencia por escapar en ocasiones es debilitada por demandas situacionales de resistir y mantener la proximidad, como las expectativas de desempeño o las demandas de trabajo, lo que crea discordancia entre las respuestas

conductuales por un lado, y las respuestas verbales o de temor fisiológico, por el otro.

Un subgrupo de individuos con trastorno de pánico experimenta ataques de pánico nocturnos. Durante el **pánico nocturno** el individuo despierta con síntomas muy similares a los observados en los ataques de pánico durante los estados de vigilia (Craske y Barlow, 1989; Uhde, 1994). El pánico nocturno **no** se refiere a despertar y experimentar pánico después de un lapso de vigilia, ni a la activación nocturna inducida por pesadillas o estímulos ambientales (p. ej., ruidos inesperados); consiste en despertar de manera abrupta en un estado de pánico sin un detonador evidente. Los ataques nocturnos de pánico reportados ocurren más a menudo entre una y tres horas después del inicio del sueño y sólo ocasionalmente ocurren más de una vez por noche (Craske y Barlow, 1989). Encuestas realizadas con grupos clínicos seleccionados sugieren que el pánico nocturno es relativamente común entre las personas con este trastorno: entre 44 y 71% informan haber experimentado pánico nocturno por lo menos una vez, y entre 30 y 45% reportan pánicos nocturnos repetidos (Craske y Barlow, 1989; Krystal, Woods, Hill y Charney, 1991; Mellman y Uhde, 1989; Roy-Byrne, Mellman y Uhde, 1988; Uhde, 1994). Los individuos que sufren pánico nocturno frecuente suelen desarrollar temor a dormir y tratan de demorar el inicio del sueño. La evitación del dormir puede provocar una privación crónica del sueño, lo que a su vez precipita más pánicos nocturnos (Uhde, 1994).

Los ataques de pánico **no clínicos** ocurren ocasionalmente en alrededor de 3 a 5% de personas de la población general que no cumplen los criterios del trastorno de pánico (Norton, Cox y Malan, 1992). Estos ataques no sólo se presentan en el trastorno de pánico, sino que también aparecen en diversos trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Barlow *et al.,* 1985), lo mismo que en casos de consumo de drogas, trastornos de personalidad y psicosis (Craske *et al.,* 2010). De hecho, el DSM-5 enfatiza la ubicuidad de los ataques de pánico (American Psychiatric Association, 2013) y los designa como un indicador potencial de cualquier trastorno del DSM. Como se afirmó, el rasgo que define al trastorno de pánico no es en sí la presencia de los ataques de pánico, el trastorno implica, además, ansiedad por la reaparición del pánico o sus consecuencias, o un cambio conductual importante debido a los ataques de pánico.

La combinación de la ansiedad adicional con cogniciones catastróficas ante el pánico es lo que distingue a la persona con trastorno de pánico de alguien que sufre pánico ocasional no clínico (p. ej., Telch, Lucas y Nelson, 1989) o de personas con otros trastornos de ansiedad que también se aterrorizan. El siguiente escenario ejemplifica este último punto.

PACIENTE: A veces permanezco despierta por la noche pensando en un millón de cosas distintas. Pienso en lo que puede pasar con mi hija si me enfermo. ¿Quién cuidará de ella?, en lo que pasaría si mi esposo muriese y yo no tuviera dinero para darle a mi hija una buena educación. Luego pienso en dónde viviríamos y en cómo afrontaríamos la situación. En ocasiones me pongo tan nerviosa que mi corazón se acelera, mis manos sudan y me siento mareada y asustada. Entonces tengo que dejar de pensar en todas

esas cosas. Usualmente salgo de la cama y enciendo la televisión, cualquier cosa que me permita olvidar mis preocupaciones.

TERAPEUTA: ¿Le preocupa que ocurran de nuevo las sensaciones de aceleración del corazón, sudoración y mareos?

PACIENTE: No, son desagradables, pero son lo que menos me angustia. Estoy más preocupada por mi hija y nuestro futuro.

Este escenario ilustra una experiencia de pánico que **no** es el elemento central de la ansiedad de la persona. Lo más probable es que esta mujer sufra un trastorno de ansiedad generalizada y que su preocupación incontrolable la lleve a sentir pánico en ocasiones. El siguiente ejemplo corresponde a una persona con trastorno de ansiedad social que se preocupa por experimentar pánico en situaciones sociales, ya que la posibilidad de un ataque de pánico aumenta su inquietud por recibir un juicio negativo de los demás.

PACIENTE: Me aterra tener un ataque de pánico en una reunión de trabajo. Me da miedo la idea de que otros se den cuenta de lo ansioso que soy. Seguramente pueden ver que mis manos tiemblan, el sudor en mi frente y, lo peor de todo, mi cara enrojecida.

TERAPEUTA: ¿Qué es lo que más le preocupa de que otros adviertan sus síntomas físicos?

PACIENTE: Que piensen que soy poco común o extraño.

TERAPEUTA: ¿Se sentiría ansioso en las reuniones si los ataques de pánico desaparecieran?

PACIENTE: Todavía me preocuparía hacer o decir algo inapropiado. Lo que me preocupa no son sólo los ataques de pánico.

TERAPEUTA: ¿Le preocupan los ataques de pánico en otras situaciones?

PACIENTE: En las reuniones sociales formales y, en ocasiones, cuando conozco a alguien.

En este caso, aunque el paciente sufre ataques de pánico, lo que en verdad le preocupa es ser juzgado negativamente por otros como resultado de los ataques, que sólo ocurren en situaciones sociales. Por consiguiente, esta presentación puede describirse más acertadamente como ansiedad social.

Agorafobia

La agorafobia se refiere a evitar o resistir el temor a situaciones de las que puede ser difícil escapar o en que no se dispone de ayuda en caso de experimentar síntomas similares al pánico (que incluyen, pero no se limitan, a los ataques de pánico) u otros síntomas incapacitantes como vómito o pérdida del control de los intestinos, desorientación (especialmente en niños) o la sensación de caer (sobre todo en adultos mayores) (American Psychiatric Association, 2013). Las situaciones típicas de agorafobia

incluyen centros comerciales, esperar en las filas, salas de cine, viajes en carro o autobús, restaurantes abarrotados y estar solo. La agorafobia **leve** es ejemplificada por la persona que duda en conducir sola largas distancias, pero se las arregla para ir y venir del trabajo, que en el cine prefiere sentarse al lado del pasillo, pero sigue asistiendo, y que evita los lugares atestados. La agorafobia **moderada** es ejemplificada por la persona que sólo conduce en un radio de 16 km de casa y únicamente si es acompañada, hace las compras en horarios fuera de la hora pico y rehúye los grandes supermercados, evita volar o viajar en tren. La agorafobia **grave** se refiere a una movilidad muy limitada que en ocasiones llega al punto de quedarse recluido en casa.

Relaciones entre pánico y agorafobia

La relación entre pánico y agorafobia es compleja. Por un lado, no todas las personas que sienten pánico desarrollan agorafobia y el grado en que ésta surge es sumamente variable (Craske y Barlow, 1988). Se han estudiado varios factores como predictores potenciales de agorafobia. Aunque ésta tiende a aumentar a medida que se prolonga la historia de pánico, una proporción significativa de individuos experimentan pánico por muchos años sin desarrollar limitaciones agorafóbicas.

La agorafobia tampoco se relaciona con la frecuencia o la edad en que inició el pánico (Cox, Endler y Swinson, 1995; Craske y Barlow, 1988; Kikuchi *et al.,* 2005; Rapee y Murrell, 1988). Algunos estudios reportan síntomas físicos más intensos durante los ataques de pánico cuando hay más agorafobia (p. ej., de Jong y Bouman, 1995; Goisman *et al.,* 1994; Noyes, Clancy, Garvey y Anderson, 1987; Telch, Brouillard, Telch, Agras y Taylor, 1989), mientras que otros no han encontrado dicha diferencia (p. ej., Cox *et al.,* 1995; Craske, Rapee y Barlow, 1988). Además, el temor a morir, a enloquecer o a perder el control no se relaciona con el nivel de agorafobia (Cox *et al.,* 1995; Craske, Rapee y Barlow, 1988). Por otro lado, las preocupaciones por las consecuencias sociales del pánico pueden ser más fuertes cuando la agorafobia es mayor (Amering *et al.,* 1997; de Jong y Bouman, 1995; Rapee y Murrell, 1988; Telch, Brouillard, *et al.,* 1989). Kikuchi y colaboradores (2005) encontraron que la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada, pero no de la depresión mayor, es más elevada en los individuos que desarrollan agorafobia en el lapso de seis meses a partir del inicio del trastorno de pánico. Sin embargo, queda por aclarar si las preocupaciones por la evaluación social o la comorbilidad son precursores de la agorafobia o secundarios a la misma. El estado ocupacional también predice agorafobia y en un estudio explicó 18% de la varianza (de Jong y Bouman, 1995). Es posible que el sexo sea el mejor predictor de la agorafobia; la proporción entre hombres y mujeres cambia notablemente en dirección al predominio femenino a medida que empeora el nivel de agorafobia (p. ej., Thyer, Himle, Curtis, Cameron y Nesse, 1985).

Por otro lado, no todos los que sufren agorafobia presentan una historia de ataques de pánico o incluso de síntomas similares al pánico, aunque en las muestras de individuos que buscan tratamiento y presentan agorafobia la historia de pánico es mucho más común que en muestras epidemiológicas (Wittchen, Gloster, Beesdo-Baum, Fava y

Craske, 2010). No obstante, en todos los estudios epidemiológicos se reporta que la prevalencia de la agorafobia sin una historia de trastorno de pánico, ataques o síntomas similares es por lo menos tan alta como las tasas combinadas del trastorno de pánico con y sin agorafobia (Wittchen *et al.,* 2010). Alrededor de 50% de los individuos de muestras comunitarias que afirman tener agorafobia no dicen sufrir ataques de pánico. La agorafobia sin características similares al pánico parece ser tan debilitante como el trastorno de pánico sin agorafobia, aunque la combinación suele asociarse con un deterioro mayor. Además, existen ciertas diferencias entre dichos trastornos en términos de incidencia, comorbilidad y respuesta al tratamiento (Wittchen *et al.,* 2010). Por dichas razones, hoy se reconoce en el DSM-5 al trastorno de pánico y la agorafobia como dos trastornos distintos, aunque de gran comorbilidad (American Psychiatric Association, 2013).

PRESENTACIÓN DE CARACTERÍSTICAS

Según el estudio epidemiológico más reciente del *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R; Kessler, Berglund, Demler, Jin y Walters, 2005; Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005) las estimaciones de prevalencia durante 12 meses del trastorno de pánico son aproximadamente de 2% en adultos y adolescentes. En algunos países asiáticos, africanos y latinoamericanos se han reportado estimaciones menores que van de 0.1 a 0.8% (Lewis-Fernandez *et al.,* 2010). Las tasas de 12 meses para la agorafobia son de alrededor de 1.7% y el riesgo mórbido durante la vida es de 3.7% (Kessler *et al.,* 2012).

La edad media de inicio del trastorno de pánico es entre el final de la adolescencia y el inicio de la adultez (Kessler, Berglund *et al.,* 2005). De hecho, aunque el trastorno de pánico es raro en individuos menores de 14 años, una proporción importante de adolescentes reportan ataques de pánico (p. ej., Hayward *et al.,* 1992); en niños y adolescentes el trastorno tiende a ser crónico y comórbido con otros trastornos como ansiedad, estado de ánimo y disruptivos (Biederman, Faraone, Marrs y Moore, 1997). Por lo regular, el tratamiento se busca mucho más tarde, alrededor de los 34 años de edad (p. ej., Noyes *et al.,* 1986). De igual modo, la agorafobia puede ocurrir en la niñez, pero la incidencia alcanza su punto más alto al final de la adolescencia y el inicio de la adultez (Beesdo, Knappe y Pine, 2007; Bittner *et al.,* 2007); la edad promedio de inicio son los 17 años (Kessler *et al.,* 2012) y en edades mayores, en ausencia de una historia de trastorno de pánico o de ataques de pánico. Las tasas del trastorno de pánico descienden en los adultos mayores, y posiblemente disminuyen a niveles subclínicos (Wolitzky-Taylor, Castriotti, Lenze, Stanley y Craske, 2010). De igual modo, las tasas de prevalencia durante 12 meses para la agorafobia disminuyen a 0.4% en individuos mayores de 65 años (Kessler *et al.,* 2006). La razón total de mujeres a hombres es aproximadamente de 2:1 (Kessler *et al.,* 2006) y, como ya se mencionó, a medida que empeora el nivel de agorafobia la razón cambia considerablemente en dirección al predominio femenino (p. ej., Thyer *et al.,* 1985).

El diagnóstico del trastorno de pánico o de agorafobia rara vez se da en aislamiento. Las condiciones del Eje I que suelen ocurrir simultáneamente incluyen fobias específicas, fobia social, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor y abuso de drogas (p. ej., Brown, Campbell, Lehman, Grishman y Mancill, 2001; Goisman, Goldenberg, Vasile y Keller, 1995; Kessler, Chiu *et al.,* 2005).

Además, entre 25 y 60% de las personas con trastorno de pánico también cumplen los criterios de un trastorno de personalidad, más a menudo de trastorno de personalidad por evitación y dependencia (p. ej., Chambless y Renneberg, 1998). Sin embargo, no es clara la naturaleza de la relación con los trastornos de personalidad. Por ejemplo, las tasas de comorbilidad dependen en gran medida del método empleado para establecer el diagnóstico del Eje II, así como de la presentación simultánea de un estado de ánimo depresivo (Alneas y Torgersen, 1990; Chambless y Renneberg, 1988). El hecho de que los rasgos de personalidad anormales mejoren y que algunos "trastornos de

personalidad," incluso remitan después del tratamiento exitoso del trastorno de pánico (Black, Monahan, Wesner, Gabel y Bowers, 1996; Mavissakalian y Hamman, 1987; Noyes, Reich, Suelzer y Christiansen, 1991), plantea dudas sobre la validez de los diagnósticos del Eje II. En una sección posterior se describe con mayor detalle la cuestión de la comorbilidad con trastornos de personalidad y su efecto en el tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia.

Por último, el trastorno de pánico y la agorafobia tienden a ser condiciones crónicas con elevados costos financieros e interpersonales (Wittchen *et al.,* 2010). De no recibir tratamiento, sólo una minoría de individuos presenta remisión sin recaídas posteriores al cabo de unos cuantos años (Emmelkamp y Wittchen, 2009; Katschnig y Amering, 1998; Roy-Byrne y Cowley, 1995). Las personas con trastorno de pánico hacen uso excesivo de los servicios médicos en comparación con público general y con individuos con otros trastornos "psiquiátricos" (p. ej., Katon *et al.,* 1990; Roy-Byrne *et al.,* 1999).

HISTORIA Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA TRASTORNO DE PÁNICO Y AGORAFOBIA

Sólo con la publicación del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) fue que se reconoció al trastorno de pánico, con o sin agorafobia, como un problema de ansiedad distinto. Hasta ese momento, los ataques de pánico se consideraban principalmente como una forma de ansiedad flotante. En consecuencia, los métodos de tratamiento psicológico eran relativamente inespecíficos, incluían relajación y reestructuración cognitiva de los eventos estresantes en general (p. ej., Barlow, O'Brien y Last, 1984). Muchos suponían que se necesitaba de la farmacoterapia para el control del pánico. En contraste, el tratamiento de la agorafobia fue muy específico a partir del decenio de 1970 a 1979 e incluía principalmente métodos con base en la exposición al temor objetivo y la evitación de situaciones específicas. No obstante, en la conceptualización o tratamiento de la agorafobia se dio poca consideración a los ataques de pánico. El interés por la agorafobia disminuyó a partir del desarrollo de tratamientos específicos para el control del pánico de mediados a finales del decenio 1980 a 1989. Dicho interés se renovó más tarde, específicamente en términos de si los tratamientos para el control del pánico eran suficientes para el manejo de la agorafobia y de si, en general, era mejor su combinación con tratamientos enfocados directamente a la agorafobia. Se abordarán estos temas con más detalle después de describir la conceptualización que subyace a las aproximaciones cognitivo-conductuales para el tratamiento del pánico y la agorafobia.

CONCEPTUALIZACIÓN DE FACTORES ETIOLÓGICOS Y DE MANTENIMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA

En el decenio de 1980 a 1989 varias líneas independientes de investigación (Barlow, 1988; Clark, 1986; Ehlers y Margraf, 1989) convergieron en la misma conceptualización básica del trastorno de pánico como un temor adquirido a las sensaciones corporales, en particular las sensaciones asociadas con la activación autónoma. Se creía que predisposiciones psicológicas y biológicas aumentaban la vulnerabilidad a adquirir dicho temor. La interacción de dichas vulnerabilidades se había organizado en un concepto etiológico de los trastornos de ansiedad en general, conocido como **teoría de la triple vulnerabilidad** (Barlow, 1988, 2002; Suárez, Bennett, Goldstein y Barlow, 2008). Primero, las contribuciones genéticas al desarrollo de la ansiedad y el afecto negativo constituyen vulnerabilidad biológica generalizada (heredable). Segundo, la evidencia apoya la existencia de vulnerabilidad psicológica generalizada a experimentar ansiedad y estados afectivos negativos relacionados que se caracterizan por un sentido disminuido de control que surge de experiencias del desarrollo temprano. Aunque la desafortunada aparición simultánea de vulnerabilidades biológicas y psicológicas puede ser suficiente para producir ansiedad y estados relacionados, en particular trastorno de ansiedad generalizada y depresión, al parecer se requiere de una tercera vulnerabilidad para explicar el desarrollo de por lo menos algunos trastornos específicos de ansiedad, incluyendo el trastorno de pánico; es decir, en algunos casos las experiencias tempranas de aprendizaje parecen dirigir la ansiedad hacia áreas particulares de preocupación. En el trastorno de pánico, la experiencia de ciertas sensaciones somáticas se asocia con una sensación exacerbada de amenaza y peligro.

Esta vulnerabilidad psicológica específica parece contribuir al desarrollo del trastorno de pánico cuando se coordina con las vulnerabilidades biológica y psicológica generalizadas que se mencionaron. Se cree que el condicionamiento del miedo, la respuesta de evitación y los sesgos en el procesamiento de información perpetúan dicho temor. Estos son los factores de perpetuación a los que se dirige el método de tratamiento cognitivo-conductual. A continuación se muestra una revisión de algunos factores contribuyentes con relevancia práctica para el trastorno de pánico.

Factores de vulnerabilidad

Genética y temperamento

El temperamento más asociado con los trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de pánico, es el neuroticismo (Eysenck, 1967; Gray, 1982) o la propensión a experimentar emociones negativas en respuesta a los estresores. Un constructo estrechamente relacionado, **afectividad negativa,** es la tendencia a experimentar una variedad de emociones negativas en situaciones distintas, incluso en ausencia de estresores objetivos. (Watson y Clark, 1984). Análisis estructurales confirman que el afecto negativo es un

factor de orden superior que distingue a los individuos con cada trastorno de ansiedad (y depresión) de controles sin trastorno mental. Los factores de orden inferior discriminan entre trastornos de ansiedad, siendo el "miedo a tener miedo" el factor que distingue al trastorno de pánico de otros trastornos de ansiedad (Brown, Chorpita y Barlow, 1998; Prenoveau *et al*., 2010; Zinbarg y Barlow, 1996). Los trastornos de ansiedad cargan de manera diferencial en la afectividad negativa, siendo los trastornos más graves, como el trastorno de ansiedad generalizada, los que tienen una carga mayor, el trastorno de pánico tienen una carga a nivel intermedio y el trastorno de ansiedad social posee carga menor (Brown *et al.,* 1998).[1] Sin embargo, esos hallazgos se derivan de bases de datos transversales.

La evidencia prospectiva longitudinal a favor del papel del neuroticismo en la predicción del inicio del trastorno de pánico es relativamente limitada. En concreto, el neuroticismo predijo el inicio de ataques de pánico en adolescentes (Hayward, Killen, Kraemer y Taylor, 2000; Schmidt, Lerew y Jackson, 1997, 1999), y la "reactividad emocional" a la edad de tres años fue una variable importante en la clasificación del trastorno de pánico en hombres de 18 a 21 años de edad (Craske, Poulton, Tsao y Plotkin, 2001). Estudios en curso, como el *Northwestern/UCLA Youth Emotion Project,* realizan una evaluación exhaustiva del papel del neuroticismo en la predicción del trastorno de pánico posterior.

Numerosos análisis genéticos multivariados de muestras de gemelos humanos sistemáticamente atribuyen entre 30 y 50% de la varianza en neuroticismo a factores genéticos aditivos (Eley, 2001; Lake, Eaves, Maes, Heath y Martin, 2000). Además, la ansiedad y depresión parecen ser expresiones variables de la tendencia heredada al neuroticismo (Kendler, Heath, Martin y Eaves, 1987). Los síntomas de pánico (dificultad para respirar, latidos muy fuertes del corazón) pueden ser explicados por una fuente única de varianza genética que se distingue de los síntomas de depresión y ansiedad (Kendler *et al.,* 1987) y del neuroticismo (Martin, Jardine, Andrews y Heath, 1988).

Los análisis de marcadores genéticos específicos siguen siendo preliminares y contradictorios. Por ejemplo, el trastorno de pánico ha sido vinculado a un locus en el cromosoma 13 (Hamilton *et al.,* 2003; Schumacher *et al.,* 2005) y el cromosoma 9 (Thorgeirsson *et al.,* 2003), pero se desconocen los genes exactos. Los hallazgos concernientes a marcadores del gen receptor de colecistoquinina-B han sido incongruentes (cf. Hamilton *et al.,* 2001; van Megen, Westenberg, Den Boer y Kahn, 1996). Además, estudios de asociación y vinculación implican al gen receptor de adenosina en el trastorno de pánico (Decker *et al.,* 1998; Hamilton *et al.,* 2004). Un alelo del gen receptor del neuropéptido S en el cromosoma 7 se vinculó con una forma del trastorno de pánico específica del hombre, pero no con la esquizofrenia o el trastorno por déficit de atención (Okamura *et al.,* 2011), mientras que el mismo gen se relacionó con una forma del trastorno de pánico específica de las mujeres, en comparación con controles sanos (Domschke *et al*., 2011). Por consiguiente, en esta etapa los resultados son fragmentados y en ocasiones incoherentes, en este momento no existe evidencia que apoye una vinculación específica entre marcadores genéticos y temperamento, por un

lado, y el trastorno de pánico por el otro. Los factores neurobiológicos parecen incluir vulnerabilidad biológica no específica.

Sensibilidad a la ansiedad

Como se describió, el neuroticismo es considerado como un factor de orden superior, característico de todos los trastornos de ansiedad, aunque el "miedo a tener miedo" es exclusivo del trastorno de pánico. El constructo "miedo a tener miedo" se traslapa con el de "sensibilidad a la ansiedad", o la creencia de que la ansiedad y sus síntomas asociados pueden ocasionar graves consecuencias físicas, sociales y psicológicas que van más allá de cualquier malestar físico inmediato durante un episodio de ansiedad o pánico (Reiss, 1980). En la mayor parte de los trastornos de ansiedad se observa una elevada sensibilidad a la ansiedad, particularmente alta en el trastorno de pánico (p. ej., Taylor, Koch y McNally, 1992; Zinbarg y Barlow, 1996), en especial en la subescala de Preocupaciones Físicas del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (Zinbarg y Barlow, 1996; Zinbarg, Barlow y Brown, 1997).

Por consiguiente, las creencias de que los síntomas físicos de la ansiedad son nocivos parecen ser particularmente relevantes para el trastorno de pánico y pueden incluir vulnerabilidad psicológica específica.

Se supone que la sensibilidad a la ansiedad confiere un factor de riesgo para el trastorno de pánico porque prepara la respuesta de temor a las sensaciones corporales. En apoyo a lo anterior, la sensibilidad a la ansiedad predice el malestar subjetivo y la sintomatología reportada en respuesta a procedimientos que inducen fuertes sensaciones físicas, como inhalación de CO_2 (Forsyth, Palav y Duff, 1999), inflado de globos (Messenger y Shean, 1998) e hiperventilación (Sturges, Goetsch, Ridley y Whittal, 1998), en muestras no clínicas, incluso después de que los investigadores controlan los efectos del rasgo de ansiedad (Rapee y Medoro, 1994). Además, varios estudios longitudinales indican que puntuaciones elevadas en el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad predicen el inicio de ataques de pánico en intervalos de uno a cuatro años en adolescentes (Hayward *et al.,* 2000), estudiantes universitarios (Maller y Reiss, 1992) y muestras comunitarias con fobias específicas o sin trastornos de ansiedad (Ehlers, 1995). La relación predictiva se mantuvo después de que los investigadores controlaran la depresión previa (Hayward *et al.,* 2000). Además, las puntuaciones obtenidas en el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad predecían ataques de pánico espontáneos y preocupación por el pánico (en general por ansiedad) durante un estresor militar agudo (es decir, cinco semanas de entrenamiento básico), incluso después de que los investigadores habían controlado la historia de ataques de pánico y rasgo de ansiedad (Schmidt *et al.,* 1997, 1999). Por último, los ataques de pánico aumentaron por sí mismos la sensibilidad a la ansiedad en un periodo de cinco semanas en adultos (Schmidt *et al.,* 1999), y durante un año en adolescentes, aunque en menor medida (Weems, Hayward, Killen y Taylor, 2002).

Sin embargo, Bouton, Mineka y Barlow (2001) advirtieron que la relación entre la sensibilidad a la ansiedad y los ataques de pánico en esos estudios era relativamente

pequeña, no exclusiva al pánico y más débil que la relación entre pánico y neuroticismo. Además, esos estudios evaluaron los ataques de pánico y la preocupación por el mismo, pero no la predicción del trastorno de pánico diagnosticado. Por consiguiente, aún no se entiende del todo la relevancia causal de la sensibilidad a la ansiedad para el trastorno de pánico.

Historia de enfermedad física y abuso

Otros estudios destacan la contribución de las enfermedades médicas a una vulnerabilidad psicológica específica para el trastorno de pánico. Por ejemplo, a partir del uso de la base de datos del Estudio Multidisciplinario Dunedin, se encontró que el hecho de experimentar problemas respiratorios (y mala salud de los padres) en la juventud predecía el trastorno de pánico a los 18 o 21 años de edad (Craske *et al.,* 2001). Este hallazgo es congruente con informes de más problemas respiratorios en la historia de pacientes con trastorno de pánico, en comparación con otros pacientes que sufren trastornos de ansiedad (Verburg, Griez, Meijer y Pols, 1995). Además, los familiares en primer grado de los pacientes con trastorno de pánico tenían una prevalencia significativamente mayor de enfermedad respiratoria obstructiva crónica, en particular asma, que los familiares en primer grado con otros trastornos de ansiedad (van Beek, Schruers y Friez, 2005).

Las experiencias en la niñez de abuso físico y sexual también pueden predisponer al trastorno de pánico. En un estudio longitudinal realizado con neozelandeses, desde su nacimiento hasta los 21 años, se asoció a informes retrospectivos de abuso infantil con el inicio del trastorno de pánico entre las edades de 16 y 21 años (Goodwin, Fergusson y Horwood, 2005). Este hallazgo es congruente con múltiples estudios transversales en muestras clínicas y comunitarias (p. ej., Bandelow *et al.,* 2002; Kendler *et al.,* 2000; Kessler, Davis y Kendler, 1997; Moisan y Engels, 1995; Stein *et al.,* 1996). La asociación con el abuso infantil es más fuerte para el trastorno de pánico que para otros trastornos de ansiedad, como la fobia social (Safren, Gershuny, Marzol, Otto y Pollack, 2002; Stein *et al.,* 1996) y el trastorno obsesivo-compulsivo (Stein *et al.,* 1996). Además, algunos estudios informan de una asociación entre el trastorno de pánico y la exposición a la violencia entre otros miembros de la familia, por lo general violencia interparental (p. ej., Bandelow *et al.,* 2002; Moisan y Engels, 1995), dato que no se encuentra en otros estudios (Goodwin *et al.,* 2005). Sin embargo, los hallazgos de todos esos estudios se ven limitados por el reporte retrospectivo de abuso en la niñez y violencia familiar.

Consciencia interoceptiva

Los pacientes con trastorno de pánico, lo mismo que las personas que exhiben pánico no clínico, parecen tener una elevada consciencia de, o capacidad para detectar, sensaciones corporales de activación (p. ej., Ehlers y Breuer, 1992, 1996; Ehlers, Breuer, Dohn y Feigenbaum, 1995; Zoellner y Craske, 1999). Existen hallazgos discrepantes (p. ej., Antony *et al.,* 1995; Rapee, 1994), pero han sido atribuidos a artefactos metodológicos

(Ehlers y Breuer, 1996). En particular, la habilidad para percibir los latidos del corazón parecen ser una variable de diferencia individual relativamente estable, toda vez que no difiere entre pacientes con trastorno de pánico con y sin tratamiento (Ehlers y Breuer, 1992), o antes y después de un tratamiento exitoso (Antony, Meadows, Brown y Barlow, 1994; Ehlers *et al.,* 1995). La precisión interoceptiva puede ser entonces un rasgo de predisposición para el ataque de pánico que incrementa la probabilidad de percibir sensaciones que a su vez pueden desencadenar un ataque de pánico.

Queda por determinar si la consciencia interoceptiva se aprende y representa otra vulnerabilidad psicológica específica o si es una propensión.

Al margen de la interocepción está el tema de la propensión a la activación autónoma intensa. Como se mencionó, existe evidencia que apunta a una influencia genética única en la experiencia reportada de dificultad respiratoria, latidos muy fuertes del corazón y sensación de terror (Kendler *et al.,* 1987). Es posible que la reactividad cardiovascular presente una predisposición fisiológica única para el trastorno de pánico. Evidencia a favor de esta idea es el hecho de que los síntomas cardiacos y la respiración agitada predicen el desarrollo posterior de ataques de pánico y del trastorno (Keyl y Eaton, 1990). Por desgracia, esos datos se derivan de reportes de síntomas, que no son un buen indicador del estado autónomo real (Pennebaker y Roberts, 1992) y pueden ser un reflejo de interocepción.

Ataques de pánico iniciales

Desde una perspectiva evolutiva, el miedo es una respuesta natural y adaptada a estímulos amenazantes. Sin embargo, el temor experimentado durante el primer ataque de pánico inesperado suele ser injustificado por la ausencia de un detonador o antecedente identificable, por lo que representa una "falsa alarma" (Barlow, 1988, 2002). Por lo general la gran mayoría de los ataques de pánico iniciales ocurren fuera del hogar, mientras se conduce, se camina, en el trabajo o en la escuela (Craske et al., 1990*),* por lo regular en público (Lelliott, Marks, McNamee y Tobena, 1989), en el autobús, en un avión, en el metro o en situaciones de evaluación social (Shulman, Cox, Swinson, Kuch y Reichman, 1994). Barlow (1988) y Craske y Rowe (1997b) creen que las situaciones que establecen las condiciones para los primeros ataques de pánico son aquellas en que se percibe que las sensaciones corporales representan la mayor amenaza porque afectan el funcionamiento (p. ej., al conducir), o porque implican encierro (p. ej., vuelos aéreos, elevadores), evaluación social negativa (p. ej., en el trabajo, en eventos sociales formales), o distancia de la seguridad (p. ej., lugares desconocidos). Las preocupaciones por el encierro pueden ser particularmente destacadas para el desarrollo posterior de la agorafobia (Faravelli, Pallanti, Biondi, Paterniti Scarpato, 1992).

Factores de mantenimiento

El intenso "miedo a tener miedo" (o, para ser más precisos, la ansiedad enfocada en sensaciones somáticas) que se desarrolla después de los primeros ataques de pánico en **individuos vulnerables** se refiere a la ansiedad generada por ciertas sensaciones

corporales asociadas con ataques de pánico (p. ej., corazón acelerado, mareos, parestesias) (Barlow, 1988; Goldstein y Chambless, 1978) y se atribuye a dos factores. El primero de esos factores es el condicionamiento de señales interoceptivas, por su asociación con el temor, dolor o sufrimiento intensos (o temor condicionado a señales internas, como una tasa cardiaca elevada) (Razran, 1961). En concreto, en el condicionamiento interoceptivo algunas sensaciones somáticas moderadas de activación o ansiedad se convierten en estímulos condicionados, por lo que los primeros componentes somáticos de la respuesta de ansiedad llegan a provocar episodios significativos de ansiedad o pánico (Bouton *et al.,* 2001). Una cantidad importante de publicaciones experimentales avala la robustez del condicionamiento interoceptivo (p. ej., Dworkin y Dworkin, 1999), en particular en lo que respecta a las señales interoceptivas asociadas al inicio de uso de drogas que se convierten en estímulos condicionados para efectos mayores de la droga (p. ej., Sokolowska, Siegel y Kim, 2002). Además, las respuestas condicionadas interoceptivas no dependen de que se tenga consciencia de las señales detonantes (Razran, 1961); de modo que se han observado en pacientes bajo anestesia (p. ej., Block, Ghoneim, Fowles, Kumar y Pathak, 1987). De acuerdo con este modelo, ligeros cambios en las funciones corporales relevantes que no se reconocen a nivel consciente pueden provocar ansiedad o temor y pánico condicionados por los emparejamientos anteriores con el pánico (Barlow, 1988; Bouton *et al.,* 2001); el resultado sería un ataque de pánico inesperado. El modelo de condicionamiento es apoyado también por evidencia de que, en paradigmas de laboratorio, los individuos con trastornos de pánico, y con otros trastornos de ansiedad, muestran un elevado condicionamiento del miedo y una debil extinción del miedo (Lissek *et al.*, 2005), lo que sugiere que son más propensos a desarrollar temor por medio de asociaciones negativas y que, una vez adquirido, es menos probable que su miedo disminuya con el tiempo. En paradigmas de laboratorio, este patrón parece verse agravado en individuos que, además del trastorno de pánico, presentan deterioro en el aprendizaje de seguridad (Lissek *et al.,* 2009) y mayor generalización del miedo (Lissek *et al.,* 2010). En otras palabras, una vez que se adquiere el temor a sensaciones corporales específicas, es más difícil que los individuos con el trastorno de pánico adviertan que otras sensaciones son inofensivas y es más probable que generalicen su temor a varios estados corporales.

El segundo factor, propuesto por Clark (1986) para explicar el temor agudo de sensaciones corporales relacionadas con el pánico, son las valoraciones catastróficas inadecuadas de las sensaciones corporales (la malinterpretación de las sensaciones como señales de muerte inminente, pérdida de control, entre otras). Se difiere del modelo puramente cognitivo del trastorno de pánico por considerar que no puede explicar los ataques de pánico desprovistos de valoración cognitiva consciente sin recurrir a constructos como "valoraciones automáticas", las cuales no son comprobables (Bouton *et al.,* 2001).

Las valoraciones catastróficas inadecuadas pueden acompañar a los ataques de pánico porque son parte natural de la constelación de respuestas que siguen al pánico o porque han sido alentadas y reforzadas, como lo fueron en la niñez las conductas relacionadas

con el papel de enfermo. Además, dichos pensamientos pueden convertirse en estímulos condicionados que desatan ansiedad y pánico, como se demostró durante la inducción de pánico mediante la presentación de pares de palabras que involucran sensaciones y resultados catastróficos (Clark *et al.,* 1988). En este caso, las cogniciones catastróficas pueden ser suficientes, pero no necesarias, para provocar ataques de pánico condicionado.

Tenga o no una base cognitiva, existe un fuerte apoyo a la idea de que el trastorno de pánico incluye ansiedad excesiva por las sensaciones corporales relacionadas. Las personas con este problema creen firmemente que las sensaciones corporales asociadas con los ataques de pánico ocasionan daño físico o mental (p. ej., Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984; McNally y Lorenz, 1987). También son más propensas a hacer una interpretación catastrófica de las sensaciones corporales (Clark *et al.,* 1988) y a asignar más recursos atencionales a las palabras que representan amenaza física, como "enfermedad" y "fatalidad" (p. ej., Ehlers, Margraf, Davies y Roth, 1988; Hope, Rapee, Heimberg y Dombeck, 1990), a palabras que denotan catástrofe como "muerte" y "demencia" (p. ej., Maidenberg, Chen, Craske, Bohn y Bystristsky, 1996; McNally, Riemann, Louro, Lukach y Kim, 1992), y a los estímulos del latido cardiaco (Kroeze y van den Hout, 2000), aunque no siempre se encuentra el sesgo atencional (p. ej., DeCort, Hermans, Srpuyt, Griez y Schruers, 2008). Por otro lado, los individuos con trastorno de pánico muestran potenciales cerebrales elevados en respuesta a palabras relacionadas con él (Pauli, Amrhein, Muhlberger, Dengler y Wiedemann, 2005). En comparación con pacientes con otros trastornos de ansiedad (p. ej., Perna, Bertani, Arancio, Ronchi y Bellodi, 1995; Rapee, 1986; Rapee, Brown, Antony y Barlow, 1992) o con controles sanos (p. ej., Gorman *et al.,* 1994), es más probable que las personas con trastorno de pánico se pongan ansiosas cuando son sometidas a procedimientos que generan sensaciones corporales similares a las que se experimentan durante los ataques de pánico, como los ejercicios cardiovasculares, respiratorios y audiovestibulares benignos (Antony, Ledley, Liss y Swinsson, 2006; Jacob, Furman, Clark y Durrant, 1992), o a procedimientos más invasivos como la inhalación de CO_2. No obstante, los hallazgos no son del todo coherentes, toda vez que los pacientes con trastorno de pánico no difieren de los pacientes con fobia social en su respuesta a la estimulación con epinefrina (Veltman, van Zijderveld, Tilders y van Dyck, 1996). No obstante, los individuos con trastorno de pánico también temen a señales que de manera ostensible reflejan un aumento en la activación y falsa retroalimentación fisiológica (Craske y Freed, 1995; Craske, Lang *et al.,* 2002; Ehlers, Margraf, Roth, Taylor y Birnbaumer, 1988).

Es probable que la angustia por las sensaciones corporales genere un malestar continuo por diversas razones. Primero, en el sentido inmediato, la activación autónoma generada por el temor intensifica a su vez las sensaciones temidas, creando así un ciclo recíproco de miedo y sensaciones que se mantiene hasta que la activación autónoma se calma o hasta que el individuo percibe seguridad. Segundo, como las sensaciones corporales que desencadenan los ataques de pánico no siempre son evidentes de inmediato, pueden generar la percepción de ataques de pánico súbitos o inesperados (Barlow, 1988), lo que

provoca incluso mayor malestar (Craske, Glover y DeCola, 1995). Tercero, es probable, una vez más, que la ansiedad aumente debido a la percepción de falta de control o de incapacidad para escapar o terminar las sensaciones corporales (p. ej., Maier, Laudenslager y Ryan, 1985; Mineka, Cook y Miller, 1984). Se considera entonces que la imposibilidad de predecir y controlar aumenta los niveles generales de ansiedad respecto a "¿Cuándo me va a ocurrir de nuevo?" y "¿Qué voy a hacer cuando suceda?", lo que contribuye a niveles altos de aprehensión ansiosa crónica (Barlow, 1988, 2002). A su vez, la aprehensión ansiosa aumenta la probabilidad de que se presente el pánico al incrementar directamente la disponibilidad de sensaciones que se han convertido en señales condicionadas para el pánico y, o la vigilancia atencional de dichas señales corporales. En consecuencia, se desarrolla un ciclo sostenido de pánico y aprehensión ansiosa. Además, se cree que las conductas sutiles de evitación mantienen creencias negativas acerca de las sensaciones corporales temidas (Clark y Ehlers, 1993). Algunos ejemplos incluyen aferrarse a objetos o personas por temor a desmayar, sentarse y permanecer sentado por temor a un ataque cardiaco, y moverse lentamente o buscar una ruta de escape por temor a actuar de forma tonta (Salkovskis, Clark y Gelder, 1996). Dicha evitación incluye la **evitación experiencial** o la renuencia a permanecer en contacto con ciertas experiencias privadas, en este caso, sensaciones corporales y cogniciones catastróficas. Se cree que la evitación experiencial contribuye al malestar y la disfunción en general (Hayes *et al.,* 1996), parece estar correlacionada con incapacidad y preocupaciones relacionadas con el pánico en individuos con este trastorno (Kampfe *et al.,* 2012). El papel de la evitación experiencial es apoyado por evidencia de que instrucciones para aceptar los síntomas de pánico disminuyen el temor y la evitación en pacientes con trastorno de pánico (Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann, 2006; Eifert y Heffner, 2003), incluyendo retos de inhalación de CO_2 (Levitt, Brown, Orsillo y Barlow, 2004).

Por último, puede desarrollarse ansiedad en contextos específicos en que la ocurrencia de pánico sería particularmente problemático (es decir, situaciones asociadas con daño, encierro, evaluación social negativa y distancia de la seguridad). Esa ansiedad puede contribuir a la agorafobia, que a su vez mantiene el malestar al impedir la negación de las valoraciones catastróficas inadecuadas y la extinción de la respuesta condicionada. Es claro que este modelo se enfoca en el trastorno de pánico y la agorafobia, y no es tan relevante para la agorafobia en ausencia de los ataques de pánico o de síntomas similares a él.

Escenario

Existen varios escenarios donde puede realizarse terapia cognitivo-conductual para trastorno de pánico y agorafobia. El primero, el consultorio para pacientes ambulatorios, es adecuado para la psicoeducación, reestructuración cognitiva, tareas y retroalimentación sobre las tareas asignadas y ensayos de juego de roles. En el consultorio también pueden llevarse a cabo ciertas actividades como la exposición interoceptiva a las sensaciones corporales temidas que se describen más adelante. Los escenarios para pacientes ambulatorios se han ampliado de los ambientes de salud mental a las salas de atención primaria (p. ej., Craske, Roy-Byrne *et al.,* 2002; Craske *et al.,* 2011; Roy-Byrne, Craske *et al.,* 2005; Roy-Byrne *et al.,* 2010; Sharp, Power, Simpson, Swanson y Anstee, 1997). Esta ampliación es particularmente importante por la mayor prevalencia del trastorno de pánico en ambientes de atención primaria (p. ej., Shear y Schulberg, 1995; Tiemens, Ormel y Simon, 1996). Sin embargo, sea que se trabaje en el consultorio de un centro de salud mental o de atención primaria, las señales de seguridad integradas al consultorio pueden limitar la posibilidad de generalizar el aprendizaje que tiene lugar en dicho escenario. Por ejemplo, aprender a sentir menos temor en presencia del terapeuta o en un consultorio ubicado cerca de un centro médico no necesariamente se generalizará a condiciones en que el terapeuta está ausente o en que no está cercana la seguridad percibida del centro médico. Ésta es la razón por la que resulta particularmente importante la asignación de tareas para practicar las habilidades cognitivo-conductuales en diversos escenarios.

En el segundo escenario, el ambiente natural, se ponen en práctica la reestructuración cognitiva y otras habilidades de manejo de la ansiedad, mientras el paciente enfrenta las situaciones temidas. La última parte se conoce como exposición *in vivo*, el paciente puede realizarla con ayuda del terapeuta o por sí solo. La exposición dirigida por el terapeuta es particularmente útil para pacientes que carecen de una red social que los apoye en tareas de exposición *in vivo*, y es más valiosa que la exposición autodirigida para pacientes con agorafobia más severa (Holden, O'Brien, Barlow, Stetson e Infantino, 1983). La exposición dirigida por el terapeuta es esencial para la **exposición de dominio guiado** en que el terapeuta ofrece retroalimentación correctiva sobre la forma en cómo el paciente enfrenta las situaciones temidas para minimizar las conductas defensivas innecesarias. Por ejemplo, se enseña a los pacientes a conducir en una posición relajada y a cruzar un puente relajados y sin sostenerse del barandal. Por un lado, se ha demostrado que la exposición de dominio guiado es más eficaz que la "exposición al estímulo" donde los pacientes intentan soportar por sí solos la situación hasta que el miedo disminuye, sin el beneficio de la retroalimentación continua del terapeuta (Williams y Zane, 1989). Por otro lado, la exposición autodirigida también es muy valiosa, en especial en la medida que fomenta la independencia y generalización de las habilidades aprendidas en el tratamiento a condiciones en que el terapeuta no está presente. De modo que el enfoque más benéfico en el ambiente natural es pasar de la exposición dirigida por

el terapeuta a la exposición autodirigida.

En el tratamiento dirigido por teléfono, una variación interesante que combina el consultorio y el ambiente natural, los terapeutas dirigen por teléfono a pacientes con agorafobia para realizar la exposición *en vivo* a situaciones temidas (NcNamee, O`Sullivan, Lelliot y Marks, 1989; Swinson, Fergus, Cox y Wickwire, 1995), o les enseñan habilidades para el control del pánico (Cote, Gauthier, Laberge, Cormier y Plamondon, 1994). Además, un pequeño estudio demostró que la terapia cognitivo-conductual era tan eficaz cuando se proporcionaba por videoconferencia como al realizarse en persona (Bouchard *et al*., 2004).

Los tratamientos autodirigidos, en que el contacto con el terapeuta es mínimo, tienen lugar en el ambiente natural y son de utilidad para pacientes con gran motivación y un elevado nivel educativo (p. ej., Ghosh y Marks, 1987; Gould y Clum, 1995; Gould, Clum y Shapiro, 1993; Lidren *et al.,* 1994; Schneider, Mataix-Cols, Marks y Bachofen, 2005). Por otro lado, los tratamientos autodirigidos son menos eficaces para los pacientes afectados de manera más grave (Holden, O'Brien, Barlow, Stetson e Infantino, 1983); para quienes presentan más comorbilidad (Hecker, Losee, Roberson-Nay y Maki, 2004), menor motivación y menos educación; o para los pacientes que fueron referidos, en oposición a los que fueron reclutados mediante anuncios (Hecker, Losee, Fritzler y Fink, 1996). Los tratamientos autodirigidos se han extendido de los textos y manuales a versiones computarizadas y en Internet (p. ej., Carlbring, Ekselius y Andersson, 2003; Richards, Klein y Austin, 2006; Richards, Klein y Carlbring, 2003).

En general, los resultados de esos tratamientos suelen ser muy positivos y con fuertes tamaños del efecto (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy y Titov, 2010), y por lo menos dos estudios indican que son tan eficaces como la terapia cognitivo-conductual dirigida por el terapeuta para el trastorno de pánico (Carlbring *et al.,* 2005; Kiropoulos *et al.,* 2008). Sin embargo, las tasas de abandono pueden ser más altas en los programas autodirigidos por computadora e Internet, en ausencia de cualquier contacto con el terapeuta (p. ej., Carlbring *et al.,* 2003).

El tercer escenario, la instalación hospitalaria, es más conveniente cuando se realiza la terapia cognitivo-conductual de manera muy intensiva (p. ej., con contacto diario con el terapeuta) o cuando se trata a personas gravemente discapacitadas que ya no pueden funcionar en casa. Además, ciertas complicaciones médicas o farmacológicas pueden hacer necesario el tratamiento hospitalario. La mayor desventaja de este escenario es la pobre generalización al ambiente del hogar. La generalización es facilitada por sesiones de transición y sesiones adicionales de seguimiento en un consultorio para pacientes ambulatorios.

Formato

La terapia cognitivo-conductual para el trastorno de pánico y la agorafobia puede realizarse en formato individual o de grupo. Varios estudios de resultados clínicos han empleado tratamientos grupales (p. ej., Bohni, Spindler, Arendt, Hougaard y Rosenberg, 2009; Craske, DeCola, Sachs y Pontillo, 2003; Craske *et al.,* 2007; Evans, Holt y Oei,

1991; Feigenbaum, 1988; Hoffart, 1995; Telch *et al.,* 1993), con resultados que por lo regular son congruentes con los estadísticos resumidos obtenidos de un formato individual, lo cual sugiere que ambas formas de tratamiento son igualmente eficaces. Si bien el número de comparaciones directas es pequeño, estas suelen arrojar una ligera ventaja para los formatos individuales. Específicamente, Neron, Lacroix y Chaput (1995) compararon sesiones de terapia cognitivo-conductual realizadas en un formato individual o de grupo (N = 20) durante 12 o 14 semanas, aunque la condición grupal recibió además dos sesiones individuales de una hora. Las dos condiciones fueron igualmente efectivas en medidas de pánico y agorafobia tanto en el postratamiento como en un seguimiento realizado a los seis meses. Sin embargo, en el seguimiento, el formato individual fue más exitoso respecto con ansiedad generalizada y síntomas depresivos. Además, en la atención primaria los tratamientos individuales produjeron más resultados clínicamente significativos que los formatos de grupo (Sharp, Power y Swanson, 2004). Por otro lado, 95% de los individuos asignados a la condición de lista de espera en el último estudio manifestó una clara preferencia por el tratamiento individual cuando tuvo la opción de elegir al final de la lista de espera.

La mayoría de los estudios de la terapia cognitivo-conductual para pánico y agorafobia involucran de 10 a 20 sesiones semanales de tratamiento, aunque varios estudios muestran que tratamientos más breves también pueden ser eficaces. Evans y colaboradores (1991) compararon un tratamiento cognitivo-conductual grupal de dos días con una condición de lista de espera, aunque sin asignación aleatoria. El programa de dos días incluía conferencias (tres horas); enseñanza de habilidades como respiración, relajación y debate cognitivo (tres horas); exposición *en vivo* (nueve horas); y revisión grupal más una sesión de grupo de apoyo durante dos horas para otras personas significativas. Se informó que 85% de los pacientes tratados quedaron libres de síntomas o tenían mejoría, y que esos resultados se mantenían un año más tarde. En contraste, el grupo de la lista de espera no mostró cambios significativos. Un estudio piloto demostró una efectividad similar de una terapia cognitivo-conductual administrada de manera intensiva durante dos días (Deacon y Abramowitz, 2006). Otros estudios han evaluado la eficacia de la terapia cognitivo-conductual realizada durante menos sesiones. En un estudio aleatorizado, pacientes con trastorno de pánico y agorafobia que esperaban recibir farmacoterapia fueron asignados a cuatro sesiones semanales de terapia cognitivo-conductual o de terapia de apoyo no directiva (Craske, Maidenberg y Bystrisky, 1995). La terapia cognitivo-conductual fue más eficaz que la terapia de apoyo, en particular con pacientes con una afectación menos grave, aunque los resultados no fueron tan positivos como los que suelen verse con más sesiones. Se encontró también que la combinación de hasta seis sesiones (promedio de tres sesiones) de terapia cognitivo-conductual con recomendaciones de medicación arrojaban mejoras significativamente mayores en una serie de medidas, incluyendo calidad de vida, en comparación con el tratamiento usual para individuos con trastorno de pánico en los escenarios de atención primaria (Roy-Byrne, Craske *et al.,* 2005). Sin embargo, un hecho notable fue que los efectos del tratamiento aumentaban considerablemente a medida que se incrementaba el número de

sesiones de terapia cognitivo-conductual (hasta seis) y de sesiones adicionales de seguimiento telefónico (hasta seis) (Craske *et al.,* 2006). En estudios posteriores de atención primaria, un promedio de siete sesiones de terapia cognitivo-conductual y, o recomendaciones de medicación eran superiores a la atención usual, la cual, en este caso, involucraba varios elementos activos de tratamiento (Craske *et al.,* 2011). Por último, en una comparación directa, se encontró que la eficacia de los resultados de la terapia cognitivo-conductual era similar, independientemente de que se realizara durante las 12 sesiones estándar o en aproximadamente seis sesiones (Clark *et al.,* 1999).

Contexto interpersonal

Las variables del contexto interpersonal han sido estudiadas en términos de desarrollo, mantenimiento y tratamiento de la agorafobia. La razón de este interés de investigación se hace evidente en las siguientes viñetas:

> "Mi esposo en realidad no entiende. Cree que todo está en mi cabeza. Se enoja conmigo porque no puedo afrontar las cosas. Dice que soy débil e irresponsable. Le molesta tener que llevarme a todos lados y hacer cosas por los niños que yo solía hacer. Peleamos mucho porque llega a casa cansado y frustrado del trabajo sólo para frustrarse más con mis problemas. Pero no puedo hacer nada sin él. Me da mucho miedo pensar que sin él voy a desmoronarme o que estaré sola por el resto de mi vida. Aunque puede ser muy cruel, me siento segura a su lado porque siempre tiene todo bajo control. Siempre sabe qué hacer".

Esta viñeta ilustra la dependencia del cuidador principal para sentir seguridad a pesar de la respuesta poco compasiva que sólo aumenta el estrés de la paciente. La segunda viñeta ilustra la forma en que la atención del cuidador principal refuerza de manera inadvertida el temor y la evitación:

> "Mi novio de verdad se esfuerza por ayudarme. Siempre se muestra cauteloso con mis sentimientos y no me presiona para que haga cosas que no puedo hacer. Me llama del trabajo para ver cómo estoy. Permanece a mi lado y sostiene mi mano cuando me siento asustada. No duda en dejar el trabajo para venir a ayudarme si estoy teniendo un mal momento. Apenas la semana pasada visitamos a algunos de sus amigos y tuvimos que salir. Me siento culpable porque no hacemos las cosas que nos gustaba hacer juntos. Ya no vamos al cine. Nos encantaba ir a los juegos de pelota, pero ahora es demasiado para mí. Me siento tan agradecida, no sé qué haría sin él".

Es posible que algunas formas de agorafobia representen un conflicto entre el deseo de autonomía y dependencia en las relaciones interpersonales (Fry, 1962; Goldstein y Chambless, 1978). En otras palabras, el "preagorafóbico" se encuentra atrapado en una relación de dominio y carece de las habilidades necesarias para producir un cambio. Sin embargo, no existe evidencia empírica que apoye el concepto de un sistema marital

distinto que predispone a la agorafobia. Eso no quiere decir que los sistemas maritales o interpersonales no son importantes para la agorafobia. Por ejemplo, la discordia o insatisfacción interpersonal puede representar uno de varios estresores que pueden precipitar los ataques de pánico. Además, las relaciones interpersonales pueden verse impactadas negativamente por el desarrollo de la agorafobia (Buglass, Clarke, Henderson y Presley, 1977), lo que a su vez contribuye a su mantenimiento. Considere el caso, no muy distinto de una de las viñetas anteriores, de la mujer que ha desarrollado agorafobia y que ahora depende del marido para hacer las compras y otras diligencias. Esas nuevas exigencias hacia el marido dan lugar al resentimiento y a la discordia marital. Los problemas maritales se agregan al entorno de estrés, lo que hace que el progreso y la recuperación resulten todavía más difíciles para el paciente.

Al margen de si el desequilibrio interpersonal contribuye al inicio o mantenimiento del trastorno de pánico o agorafobia, algunos estudios sugieren que las malas relaciones maritales tienen un impacto adverso en los tratamientos basados en la exposición (Bland y Hallam, 1981; Dewey y Hunsley, 1989; Milton y Hafner, 1979). Sin embargo, otros estudios no muestran relación entre los problemas matrimoniales y el resultado de la terapia cognitivo-conductual (Arrindell y Emmelkamp, 1987; Emmelkamp, 1980; Himadi, Cerny, Barlow, Cohen y O'Brien, 1986). Otra línea de investigación sugiere que involucrar a otras personas significativas en cada aspecto del tratamiento puede superar el impacto negativo potencial de las malas relaciones maritales sobre la mejoría de la fobia (Barlow *et al.,* 1984; Cerny, Barlow, Craske y Himadi, 1987). Además, la participación de otras personas significativas produjo mejores resultados a largo plazo de la terapia cognitivo-conductual para la agorafobia (Cerny *et al.,* 1987). De igual modo, en comparación con el entrenamiento de relajación, la enseñanza de habilidades de comunicación con otras personas significativas después de cuatro semanas de terapia de exposición *in vivo* produjo en el postratamiento mayores reducciones en medidas de agorafobia (Arnow, Taylor, Agras y Telch, 1985), efecto que se mantuvo después de un seguimiento de ocho meses. En conjunto, esos estudios sugieren el valor de incluir en el tratamiento para la agorafobia a otras personas significativas. Por otro lado, el tratamiento enfocado específicamente en las relaciones interpersonales, por medio de la terapia interpersonal, no fue tan eficaz como la terapia cognitivo-conductual para el trastorno de pánico y la agorafobia (Vos, Huibers, Diels y Arntz, 2012).

Otra pregunta concierne a la medida en que el tratamiento para el trastorno de pánico y la agorafobia influye en las relaciones matrimoniales e interpersonales. Algunos han advertido que el tratamiento exitoso puede tener efectos nocivos (Hafner, 1984; Hand y Lamontagne, 1976); mientras que otros señalan que no tiene efecto o que tiene un efecto positivo en el funcionamiento marital (Barlow, O'Brien y Last, 1984; Himadi *et al.,* 1986) y en el funcionamiento interpersonal en general (Hoffart, 1997).

Se sugiere (Barlow *et al.,* 1983) que la aparición de efectos negativos puede deberse a que la terapia de exposición se realizó de manera intensiva y sin la participación de otras personas significativas, lo que causa cambios importantes en los roles que los otros perciben fuera de su control. Una vez más, esto destaca la importancia de involucrar a

las personas significativas en el proceso de tratamiento.

Variables del terapeuta

Son pocos los estudios que evalúan las variables del terapeuta en relación con los tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de ansiedad, para no hablar del trastorno de pánico y agorafobia. Williams y Chambless (1990) encontraron que los pacientes con agorafobia que calificaban a sus terapeutas como afectuosos e interesados y que modelaban confianza en sí mismos, obtenían mejores resultados en pruebas de aproximación conductual. Sin embargo, un factor de confusión importante en este estudio es la posibilidad de que las valoraciones hechas por los pacientes de las cualidades del terapeuta dependieran de su respuesta al tratamiento. Keijsers, Schaap, Hoogduin y Lammers (1995) revisaron hallazgos sobre factores de la relación con el terapeuta y el resultado conductual. Concluyeron que la empatía, calidez, consideración positiva y autenticidad, evaluadas al inicio del tratamiento predecían un resultado positivo; los pacientes que más mejoran son los que consideran que sus terapeutas son comprensivos y respetuosos; y las percepciones del paciente sobre la pericia, seguridad y capacidad de dirección del terapeuta se relacionan positivamente con el resultado, aunque no de manera sistemática. En su propio estudio de terapeutas jóvenes que brindaban tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno de pánico con o sin agorafobia, Keijsers y colaboradores encontraron que ocurrían más afirmaciones y preguntas empáticas en la sesión 1 que en las sesiones posteriores. En la sesión 3 el terapeuta se volvía más activo y ofrecía más instrucciones y explicaciones. En la sesión 10 los terapeutas empleaban más interpretaciones y confrontaciones que antes. Lo más importante fue que las afirmaciones y explicaciones directivas en la sesión 1 predecían un resultado más pobre. La escucha empática en la sesión 1 se relacionaba con un mejor resultado conductual, mientras que la escucha empática en la sesión 3 se asociaba con un resultado conductual más pobre. De este modo demostraron las ventajas de diferentes estilos de interacción en distintos puntos de la terapia.

La mayoría de los clínicos asumen que el entrenamiento y la experiencia del terapeuta mejoran las posibilidades de un resultado exitoso. Algunos creen que esto es así sobre todo en lo que concierne a los aspectos cognitivos de la terapia cognitivo-conductual (p. ej., Michelson *et al.,* 1990), y existe cierta evidencia indirecta a favor de esta suposición. Específicamente, la terapia cognitivo-conductual conducida por terapeutas “novatos” en un entorno médico (Welkowitz *et al.,* 1991) fue menos efectiva en comparación con la misma terapia conducida por terapeutas inexpertos, pero altamente entrenados en un entorno psicológico (Barlow, Craske, Czerny y Klosko, 1989), o por un terapeuta experimentado y altamente entrenado en un escenario comunitario de salud mental (Wade, Treat y Stuart, 1998). Huppert y colaboradores (2001), quienes evaluaron directamente el papel de la experiencia del terapeuta, encontraron que, en general, la experiencia del terapeuta se relacionaba positivamente con el resultado, al parecer porque esos terapeutas eran más flexibles en la conducción del tratamiento y más capaces de adaptarse al individuo tratado. Obviamente se requiere más evaluación del papel de la

experiencia y entrenamiento del terapeuta en la terapia cognitivo-conductual.

En el trabajo de atención primaria se desarrolló una guía computarizada, llamada *Calm Tools for Living*, con el objeto de ayudar a los clínicos novatos a poner en práctica un programa cognitivo-conductual para el trastorno de pánico (además de otros trastornos de ansiedad y depresión) (Craske *et al.,* 2009). El clínico y el paciente se sientan uno al lado del otro mientras ven el programa en la pantalla; mientras lo hacen, el programa estimula al clínico a realizar tareas específicas, como ayudar a los pacientes a establecer una jerarquía de temor, a demostrar habilidades de respiración, practicar habilidades cognitivas, realizar una exposición interoceptiva o diseñar tareas de exposición *in vivo*. El programa ofrece también herramientas de aprendizaje para los pacientes, como información didáctica, ejercicios interactivos, viñetas en video y pruebas. La meta del programa computarizado es mejorar la integridad de la terapia cognitivo-conductual en manos de clínicos novatos y relativamente poco entrenados.

Variables del paciente

Se ha mostrado interés en el efecto de la comorbilidad en los resultados de la terapia cognitivo-conductual para el trastorno de pánico y agorafobia. Brown, Antony y Barlow (1995) encontraron que la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad en general no predecía la respuesta a la terapia cognitivo-conductual, aunque se encontró una asociación inesperada de la fobia social con un mejor resultado para el trastorno de pánico y agorafobia. En contraste, Tsao, Lewin y Craske (1998) encontraron una tendencia a que la comorbilidad que incluía principalmente otros trastornos de ansiedad se asociaran con tasas ligeramente menores de éxito en general. No obstante, en un estudio posterior se encontró, en coincidencia con el hallazgo de Brown y colaboradores, que no existía relación entre la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad durante la línea base y un resultado inmediato o a los seis meses para el trastorno de pánico y la agorafobia (Tsao, Mystkowski, Zucker y Craske, 2002).

La investigación de cómo afecta la depresión comórbida el curso y resultado del tratamiento del trastorno de pánico ha arrojado resultados contradictorios. Los estudios enfocados en la terapia cognitivo-conductual para todos los trastornos de ansiedad y en la participación en el tratamiento han encontrado que la comorbilidad con depresión se asocia con tasas más altas de rechazo a entrar en tratamiento (Issakidis y Andrews, 2004); sin embargo, una vez que los pacientes lo inician, la comorbilidad no tiene efecto en las tasas de abandono (Allen *et al.,* 2010; Brown *et al.,* 1995). Estudios preliminares que investigan los efectos de la comorbilidad en el compromiso con el tratamiento han revelado que la depresión comórbida no tiene efecto en el cumplimiento de las tareas de la terapia cognitivo-conductual (McLean, Woody, Taylor y Koch, 1998) o en la conformidad con la terapia cognitivo-conductual como un todo (Murphy, Michelson, Marchione, Marchione y Testa, 1998), pero incrementa los niveles de malestar asociados con el tratamiento (Murphy *et al.,* 1998). Curiosamente, la depresión comórbida no tuvo efecto en la respuesta a la terapia cognitivo-conductual para el trastorno de pánico en el postratamiento o el seguimiento tanto en escenarios de canalización como de atención

primaria (Allen *et al.,* 2010; McLean *et al.,* 1998; Roy-Byrne, Craske *et al.,* 2005). Parece contradictorio que la depresión comórbida tuviese un impacto significativo en la gravedad y persistencia del trastorno de pánico (Baldwin, 1998), pero que no afectara los resultados del tratamiento. Esto puede deberse a las limitaciones de la literatura actual sobre el tema. Por ejemplo, algunos estudios han reclutado pacientes para el tratamiento del trastorno de pánico y a menudo han excluido a pacientes suicidas o con depresión extrema. Por consiguiente, la mayoría de los pacientes presentan depresión leve a moderada. Muchos de esos estudios también excluyen a pacientes con trastorno bipolar y por consiguiente a todo un grupo de individuos que experimentan episodios depresivos mayores. No obstante, también puede ser que los efectos de la terapia cognitivo-conductual para el trastorno de pánico sean lo bastante potentes para tener impacto directo o indirecto en los síntomas depresivos.

La ocurrencia simultánea del trastorno de pánico y agorafobia con trastornos de personalidad por evitación, dependiente e histriónica es relativamente alta (p. ej., Reich *et al.,* 1994). Dejando a un lado cuestiones sobre la confiabilidad y validez del diagnóstico, los trastornos comórbidos de personalidad en ocasiones se asocian con una respuesta menor a la terapia cognitivo-conductual para trastorno de pánico o agorafobia (p. ej., Hoffart y Hedley, 1997; Marchand, Goyer, Dupuis y Mainguy, 1998). Sin embargo, exámenes más detallados revelan que aunque los individuos con trastornos de personalidad comórbidos presentan niveles más graves del pánico o agorafobia antes y después de la terapia cognitivo-conductual, la tasa de disminución de los síntomas por lo regular no es afectada por el trastorno de personalidad comórbido. Así, Dreessen, Arntz, Luttels y Sallaerts (1994) y van den Hout, Brouwers y Oomen (2006) encontraron que los trastornos de personalidad comórbidos no afectan la respuesta a la terapia cognitivo-conductual para el pánico o agorafobia. Además, Hoffman y colaboradores (1988) encontraron que no era posible predecir la respuesta al tratamiento cognitivo-conductual o farmacológico del trastorno de pánico a partir de las puntuaciones obtenidas en subescalas de cuestionarios que reflejan los trastornos de personalidad del Eje II. De hecho, tal como informaron Rathus, Sanderson, Miller y Wetzler (1995) en relación con características de la personalidad compulsiva, algunos rasgos de personalidad tienen una asociación positiva con el resultado.

También es común que ocurran trastornos relacionados con el consumo de sustancias, al mismo tiempo que el trastorno de pánico y agorafobia, pero muy pocos estudios de tratamiento han abordado esta importante comorbilidad. En una serie de casos únicos (N = 3), Lehman, Brown y Barlow (1998) demostraron el control exitoso de los ataques de pánico en individuos que abusaban del alcohol. Además, agregar un tratamiento de ansiedad a un programa de prevención de recaídas para individuos abstemios con un diagnóstico primario de dependencia del alcohol y un diagnóstico comórbido de trastorno de pánico o fobia social disminuía los síntomas de ansiedad en relación con sólo el programa de prevención de recaídas (Schade *et al.,* 2005). Sin embargo, ese mismo estudio encontró que agregar el tratamiento de ansiedad no afectó las tasas de recaída en el alcohol.

Otra fuente de comorbilidad se encuentra en condiciones médicas como arritmias cardiacas o asma que pueden hacer más lentas las tasas de mejoría por la dificultad para discriminar entre la ansiedad y la sintomatología de la enfermedad, los incrementos en el riesgo médico real y el estrés causado por las enfermedades físicas. Si bien en línea base los pacientes con enfermedades físicas y el trastorno de pánico mostraban una mayor afectación que sus contrapartes sin la enfermedad médica, su respuesta a la terapia cognitivo-conductual con recomendaciones de medicación psicotrópica fue de igual manera favorable (Roy-Byrne, Stein *et al.,* 2005). Por otro lado, se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual para el trastorno de pánico alivia los síntomas de salud física reportados por el sujeto (Schmidt *et al.,* 2003). También se encontró que la terapia cognitivo-conductual y, o las recomendaciones de mediación psicotrópica para los trastornos de ansiedad (incluyendo trastorno de pánico) mejoran significativamente el funcionamiento de la salud física (Niles *et al.,* 2013).

Otras variables del paciente incluyen la posición socioeconómica y las condiciones generales de vida. En un estudio sobre la atención primaria del trastorno de pánico se evaluaron las barreras percibidas para recibir tratamiento de salud mental (Craske, Golinelli *et al.,* 2005). Entre las barreras reportadas más a menudo se encontraba la dificultad para averiguar dónde buscar ayuda (43%), la preocupación por el costo (40%), la falta de cobertura en el seguro médico (35%), y las complicaciones para obtener una cita lo suficientemente pronto (35%). Además, en el ensayo que se hizo en centros múltiples, era posible predecir el abandono del tratamiento (cognitivo-conductual o farmacológico) para el trastorno de pánico con agorafobia mínima, a partir de la escasa educación, que a su vez dependía de un ingreso bajo (Grilo *et al.,* 1998). De igual modo, en otra muestra fue posible asociar los niveles de educación y motivación con las tasas de abandono, aunque los efectos fueron pequeños (Keijsers, Kampman y Hoogduin, 2001). Los bajos niveles de educación e ingreso pueden implicar que se dispone de menos tiempo para participar en actividades como un tratamiento semanal. Considere el caso de una mujer que es madre de dos hijos, con un empleo de tiempo completo y cuyo esposo está incapacitado por una lesión en la espalda, o de un estudiante de tiempo completo que además trabaja 25 horas a la semana para pagar sus estudios. En esas condiciones, es mucho menos probable que se realicen las tareas asignadas de exposición *in vivo,* por lo que es probable que la falta de progreso genere frustración. El éxito terapéutico requiere un cambio en el estilo de vida que permita que el tratamiento cognitivo-conductual se convierta en una prioridad o bien que la terapia se suspenda hasta otro momento en que las circunstancias de la vida sean menos demandantes. De hecho, esos problemas con el estilo de vida pueden explicar el hecho de que los afroamericanos tienden a beneficiarse menos del tratamiento que los estadounidenses de origen europeo en términos de movilidad, ansiedad y ataques de pánico (Friedman y Paradis, 1991; Williams y Chambless, 1994). Aunque, en contraste con esos dos estudios, Friedman, Paradis y Hatch (1994) encontraron resultados equivalentes en ambos grupos raciales, y otro estudio arrojó resultados para una muestra de mujeres afroamericanas que se consideraron comparables a los resultados de mujeres de origen europeo (Carter,

Sbrocco, Gore, Marin y Lewis, 2003). Se requiere una mayor evaluación de la influencia de las diferencias étnicas y culturales en el resultado del tratamiento.

Por último, el hecho de que los pacientes comprendan la naturaleza de su problema puede ser importante para el éxito de los tratamientos cognitivo-conductuales. Dada la naturaleza somática del trastorno de pánico, muchos pacientes buscan primero ayuda médica. Sin embargo, más allá de eso, las diferencias en la forma en que se concibe el problema pueden dar lugar a la percepción de que los métodos de tratamiento farmacológico o analítico son más confiables que los enfoques cognitivo-conductuales. Por ejemplo, es más probable que los individuos que creen firmemente que su condición se debe a "un desequilibrio neuroquímico" busquen medicación y rechacen tratamientos psicológicos. De igual modo, los individuos que atribuyen su condición a "algo en su pasado, seguramente influencias inconscientes", pueden resistirse a las interpretaciones cognitivo-conductuales. Además, Grilo y colaboradores (1998) encontraron que la probabilidad de abandonar el tratamiento cognitivo-conductual o farmacológico era mayor entre los pacientes con el trastorno de pánico o agorafobia que atribuían su trastorno a estresores específicos en sus vidas, debido posiblemente a que consideraban irrelevante el tratamiento ofrecido.

Tratamiento farmacológico simultáneo

Los pacientes que reciben medicamentos para el trastorno de pánico y la agorafobia son mucho más que los que reciben terapia cognitivo-conductual, lo que en parte se debe a que los médicos de atención primaria suelen ser la primera línea de tratamiento; por consiguiente, al menos la mitad de los pacientes con trastorno de pánico que acuden a las clínicas de investigación psicológica ya están tomando ansiolíticos. Las preguntas obvias se refieren entonces a la medida en que la terapia cognitivo-conductual y los medicamentos tienen un efecto sinérgico y al impacto de los medicamentos en la terapia cognitivo-conductual.

Los resultados de grandes ensayos clínicos, incluyendo el estudio que se realiza en múltiples centros (Barlow, Gorman, Shear y Woods, 2000), sugieren que la combinación de los métodos cognitivo-conductual y farmacológico no ofrece ventajas durante o inmediatamente después del tratamiento. Específicamente, tanto el tratamiento individual (cognitivo-conductual o farmacológico) como el tratamiento combinado eran eficaces inmediatamente después del tratamiento. Además, después de descontinuar los medicamentos, a la combinación de los fármacos y la terapia cognitivo-conductual le iba peor que a la terapia cognitivo-conductual sola, lo que sugería la posibilidad de que el aprendizaje dependiente del estado (o del contexto) en presencia del medicamento pudiera haber atenuado el nuevo aprendizaje que ocurre durante la terapia cognitivo-conductual. En contraste, en el escenario de atención primaria se encontró que agregar incluso un solo componente de la terapia cognitivo-conductual a los medicamentos para el trastorno de pánico producía mejoras clínica y estadísticamente significativas en el postratamiento y 12 meses después (Craske, Golinelli *et al.,* 2005).

Más recientemente, el equipo de colaboración en centros múltiples ha investigado

estrategias de tratamiento a largo plazo para el trastorno de pánico.

Se examinó la combinación secuenciada de estrategias para determinar si este enfoque era más ventajoso que la combinación simultánea de tratamientos. En la fase inicial, 256 pacientes con trastorno de pánico y todos los niveles de agorafobia recibieron durante tres meses un tratamiento inicial con terapia cognitivo-conductual (Aaronson *et al.,* 2008; White *et al.,* 2010), para canalizarlos posteriormente a dos ensayos clínicos. Quienes respondían fueron asignados aleatoriamente a una condición en que recibían sesiones mensuales de refuerzo durante nueve meses (N = 79) o a una condición en que no recibían sesiones de refuerzo (N = 78), y luego fueron seguidos durante 12 meses más sin tratamiento (White *et al.*, *2013).* Durante un seguimiento de 21 meses las sesiones de refuerzo produjeron tasas de recaídas significativamente menores (5.2%) y menos deterioro laboral y social, en comparación con la condición que sólo incluía evaluación sin sesiones de refuerzo (18.4%). Los modelos multivariados de riesgo proporcional de Cox mostraron que, al final de la fase aguda del tratamiento, los síntomas residuales de agorafobia predecían independientemente el tiempo de recaída durante el seguimiento de 21 meses (tasa de riesgo = 1.15, $p < .01$). Así, el resultado a largo plazo para el trastorno de pánico con y sin agorafobia mejoraba con las sesiones de refuerzo dirigidas a fortalecer las ganancias del tratamiento agudo para prevenir las recaídas y compensar la recurrencia del trastorno. Cincuenta y ocho de los pacientes originales no alcanzaron un nivel óptimo de funcionamiento (funcionamiento final elevado) e ingresaron en un ensayo en el que recibían terapia cognitivo-conductual o paroxetina durante tres meses. Los pacientes a quienes les fue bien con uno u otro tratamiento lo continuaron durante nueve meses más (Payne *et al.,* 2012). A los tres meses los resultados indicaron significativamente menos síntomas del trastorno de pánico para los individuos en la condición con paroxetina, en comparación con los que continuaron con terapia cognitivo-conductual. Sin embargo, nueve meses después habían desaparecido las diferencias de grupo. Los resultados se mantuvieron luego de excluir a los individuos con depresión mayor comórbida. Esos datos sugieren una respuesta más rápida al tratamiento cuando se cambia a la paroxetina después de que no hay una respuesta óptima a la terapia cognitivo-conductual; sin embargo, al final ambos tratamientos lograban resultados semejantes.

En otro estudio con resultados similares, los pacientes que no respondían a terapia cognitivo-conductual obtenían mayor beneficio cuando se agregaba un medicamento serotoninérgico (paroxetina) a la terapia cognitivo-conductual que cuando se añadía un placebo, con tamaños del efecto sustancialmente diferentes (Kampman, Keijsers, Hoogduin y Hendriks, 2002). Por el contrario, los individuos resistentes a la farmacoterapia respondieron positivamente a la terapia cognitivo-conductual, aunque esos hallazgos fueron parte de un ensayo abierto sin aleatorización (Heldt *et al.,* 2006).

Los hallazgos de la combinación de ansiolíticos de acción rápida (específicamente las benzodiacepinas de alta potencia) y tratamientos conductuales para la agorafobia son contradictorios (p. ej., Marks *et al.,* 1993; Wardle *et al.,* 1994). No obstante, varios estudios han demostrado de manera confiable los efectos nocivos del uso crónico de

benzodiacepinas de alta potencia en los resultados a corto y a largo plazo de tratamientos cognitivo-conductuales para el pánico o agorafobia (p. ej., Otto, Pollack y Sabatino, 1996; van Balkom, de Beurs, Koele, Lange y van Dyck, 1996; Wardle *et al.,* 1994). Específicamente, existe evidencia de mayor abandono, resultados pobres y más recaídas con el uso crónico de benzodiacepinas de alta potencia. Además, en un pequeño estudio naturalista se encontraron resultados pobres en una condición en que se usaban benzodiacepinas según se necesitara que cuando no se consumían o se consumían de manera regular (Westra, Stewart y Conrad, 22002).

Por último, es necesario evaluar a fondo la relación costo-beneficio del uso independiente, más que combinado, de los tratamientos cognitivo-conductual y farmacológico; en la actualidad, se considera que la rentabilidad de la terapia cognitivo-conductual (p. ej., los costos de la discapacidad, los días laborales perdidos, el uso de servicios médicos) es mayor que la de la farmacoterapia (Heuzenroeder *et al.,* 2004).

Comprender cómo influyen los medicamentos psicotrópicos en la terapia cognitivo-conductual puede ayudar al desarrollo de métodos que optimicen la combinación de esas dos formas de tratamiento. En primer lugar, los medicamentos, en particular los fármacos potentes de acción rápida que causan un cambio **evidente** en el estado y se usan según la necesidad (p. ej., benzodiacepinas y β-bloqueadores), pueden contribuir a las recaídas porque el éxito terapéutico no se atribuye a la terapia cognitivo-conductual, sino a la farmacoterapia. La consecuente falta de autocontrol que percibe el paciente puede aumentar el potencial de recaídas cuando se suspende el medicamento o bien puede contribuir al mantenimiento de los medicamentos por suponer que se necesitan para poder funcionar. Lo anterior es apoyado por la posibilidad de predecir las recaídas a partir de la atribución de las ganancias terapéuticas al alprazolam y de la falta de confianza en la capacidad de afrontamiento sin dicho medicamento, incluso cuando éste es acompañado por la terapia conductual (Basoglu, Marks, Kilic, Brewin y Swinson, 1994). Segundo, los medicamentos pueden asumir el papel de señales de seguridad u objetos a los que las personas atribuyen erróneamente su seguridad de resultados dolorosos y aversivos. En el largo plazo las señales de seguridad no sólo contribuyen al mantenimiento del temor y la evitación (Hermans, Craske, Mineka y Lovibond, 2006), sino que pueden impedir que se corrijan las valoraciones inadecuadas de los síntomas corporales (vea más adelante una revisión más a fondo de este tema).

Tercero, los medicamentos pueden disminuir la motivación para la práctica de habilidades cognitivo-conductuales, aunque completar las tareas entre sesiones es un predictor positivo del resultado de la terapia cognitivo-conductual (p. ej., Glenn *et al.,* en prensa). Por último, el aprendizaje que tiene lugar cuando se está bajo la influencia de medicamentos no necesariamente se generaliza al momento en que estos se suspenden, contribuyendo de este modo a las recaídas (Bouton y Swartzentruber, 1991). Algunos de esos puntos se ilustran en las siguientes viñetas.

"Había estado en un programa de terapia cognitivo-conductual, pero lo que en realidad me ayudó fue el Paxil. Como me sentía mucho mejor, pensé en disminuir el

medicamento. Al principio me preocupaba mucho la idea porque había escuchado historias de terror sobre lo que pasan las personas cuando dejan los medicamentos. Sin embargo, creí que estaría bien siempre que lo hiciera lentamente. De modo que empecé a hacerlo poco a poco. En realidad no fue tan malo. Había estado sin el medicamento cerca de un mes cuando empezó todo de nuevo. Recuerdo que estaba sentada en un restaurante, sintiéndome realmente bien porque recordaba lo difícil que antes me resultaba estar en un restaurante y lo sencillo que parecía ahora. Entonces, de golpe me sentí muy mareada y de inmediato pensé, "Oh no, aquí viene", y tuve un ataque de pánico realmente malo. Todo lo que podía pensar era "¿por qué no seguí con el medicamento?"

"Empecé a disminuir la dosis de Xanax. Estuve bien los primeros días… de verdad me sentía bien. Luego, cuando desperté una mañana de viernes me sentí raro. Sentía la cabeza muy rígida y me preocupó la idea de volver a experimentar las mismas sensaciones. Lo último que quería era pasar por ello de nuevo. Así que tomé la dosis usual de Xanax y al cabo de unos cuantos minutos me sentí muy bien de nuevo. Necesito el medicamento. En este momento no puedo arreglármelas sin él".

¿Cómo pueden subsanarse esos efectos negativos de los medicamentos? Una posibilidad es que continuar la exposición después de suspender el medicamento impida la recaída porque aumenta las atribuciones de dominio personal y disminuye la función de los medicamentos como señales de seguridad. Además, las oportunidades de continuar la exposición y practicar las estrategias cognitivas y conductuales sin la ayuda de los medicamentos contribuyen a superar la dependencia y a mejorar la generalización de las ganancias terapéuticas una vez que termina el tratamiento.

ESTUDIO DE CASO

Julie es una mujer blanca de 33 años, vive con sus dos hijos y Larry, su esposo, desde hace ocho años. Desde hace tres años ha vivido crónicamente ansiosa y agobiada por el pánico. Cuenta que sus ataques son insoportables y que su frecuencia va aumentando. La primera vez que sintió pánico fue justo hace tres años, mientras se apresuraba por llegar al lado de su abuela en sus últimos momentos antes de morir. Julie conducía sola en la carretera. Recuerda haber sentido que todo se movía en cámara lenta, tenía la impresión de que los carros habían quedado inmóviles y que las cosas a su alrededor parecían irreales. Dice que se sentía sofocada y desconectada. Sin embargo, era muy importante que llegara a su destino, por lo que no se preocupó por lo que sentía hasta más tarde. Cuando terminó el día reflexionó en la suerte que había tenido de no sufrir un accidente. Semanas después experimentó lo mismo cuando conducía por la carretera, esta vez sin la presión de llegar con su abuela agonizante. Julie se asustó porque no podía explicarse lo que sentía. Se acercó a la orilla de la carretera y llamó a su esposo, quien llegó a su encuentro. Lo siguió hasta casa, sintiéndose ansiosa todo el camino.

Ahora Julie experimenta esas sensaciones en muchas situaciones. Describe sus ataques de pánico como sentimientos de irrealidad, desconexión, dificultad para respirar, latidos muy fuertes y miedo general a lo desconocido. Lo que más la asusta es la irrealidad, por lo que se muestra sensible a cualquier cosa que produzca sensaciones "irreales" como la semiconsciencia que ocurre justo antes de quedarse dormida, el periodo en que la luz del día da paso a la noche, las luces brillantes, concentrarse en la misma cosa por largos periodos, alcohol o drogas, y en general sentirse ansiosa. Aunque le prescribieron Klonopín (una benzodiacepina de alta potencia), rara vez, si acaso, toma el medicamento porque la atemoriza la idea de estar bajo la influencia de un fármaco o de experimentar un estado alterado de consciencia. Quiere estar siempre tan alerta como sea posible, pero lleva consigo el Klonopín por si no hay otra forma de controlar su pánico, de modo que no sale de casa sin el medicamento. Julie es en general muy sensible a su cuerpo, le asusta cualquier cosa que la haga sentir un poco diferente de lo usual. Incluso el café, que le encantaba, ahora le provoca malestar por sus efectos de agitación y aceleración. Nunca hizo mucho ejercicio, pero la idea de hacerlo la atemoriza. Julie dice que siempre está a la espera del siguiente ataque de pánico.

Evita las carreteras, sólo conduce por calles conocidas y se limita a hacerlo en un radio de 15 km de casa. También rehúye las multitudes y los grupos grandes, en parte porque siente que es demasiada estimulación y por el miedo de sufrir pánico en frente de otros. En general prefiere estar con su marido o con su madre, aunque puede hacer muchas cosas siempre que se mantenga dentro de su zona de "seguridad".

Julie cuenta lo distinta que es de lo que solía ser, lo débil y asustadiza que es ahora. El único incidente similar a sus ataques de pánico actuales ocurrió cuando tenía poco más de 20 años y tuvo una reacción negativa a la marihuana. La joven quedó muy asustada con la sensación de perder el control y temía no poder regresar a la realidad. Desde entonces no volvió a consumir drogas. No presenta historia de enfermedades graves ni de

algún tratamiento psicológico previo. Durante su niñez y hasta la adolescencia presentó timidez y cierto grado de ansiedad por la separación. Sin embargo, su ansiedad social mejoró entre los 20 y los 29 años, al punto que, hasta el inicio de sus ataques de pánico, se sentía muy cómoda cerca de la gente. A Julie le preocupa que los demás se den cuenta de que parece ansiosa, aunque su ansiedad social se limita a los ataques de pánico y no refleja una fobia social más amplia.

En general Julie tiene buen apetito, pero no duerme bien. Por lo menos una vez a la semana despierta abruptamente en medio de la noche, sintiéndose sofocada y asustada, le cuesta mucho trabajo conciliar el sueño cuando su esposo está de viaje. Además de su desazón por los ataques de pánico, a Julie le preocupan su marido y sus hijos, aunque estas últimas inquietudes no son excesivas y son secundarias a la angustia que le causa sentir pánico. Aunque le resulta difícil concentrarse, por lo general puede funcionar en casa y en el trabajo, gracias a la familiaridad de su entorno y la seguridad que siente en presencia de su marido. Julie trabaja medio tiempo como gerente de un negocio que es propiedad de ella y su esposo. A veces se deprime por el pánico y por las limitaciones relacionadas con lo lejos que puede desplazarse. En ocasiones se siente desesperanzada acerca del futuro y duda si algún día podrá escapar de la ansiedad. Aunque los sentimientos de desesperanza y desgarramiento nunca duran más de unos días, Julie muestra un estado de ánimo depresivo leve desde que su vida quedó restringida por los ataques de pánico.

Tanto la madre como el tío de Julie tuvieron ataques de pánico cuando eran jóvenes. A Julie le preocupa que su hijo mayor muestre indicios de ser demasiado ansioso porque no parece muy dispuesto a probar cosas nuevas o a pasar tiempo fuera de casa.

EVALUACIÓN

El análisis funcional conductual depende de distintos modos de evaluación que se describen a continuación.

Entrevistas

El primer paso en el establecimiento de las características diagnósticas y el perfil de respuestas sintomáticas y conductuales es una entrevista a profundidad. Existen varias entrevistas semiestructuradas y completamente estructuradas. El Programa de Entrevistas sobre los Trastornos de Ansiedad para el DSM-IV (ADIS-IV; Di Nardo, Brown y Barlow, 1994) y para el DSM-5 (ADIS-5; Brown y Barlow, en prensa) evalúa principalmente los trastornos de ansiedad, así como los trastornos somatomorfo y del estado de ánimo. Este instrumento también permite detectar condiciones psicóticas y relacionadas con el consumo de drogas. ADIS facilita la obtención de información necesaria para hacer un diagnóstico diferencial entre trastornos de ansiedad, ofrece un medio para distinguir entre las presentaciones clínicas y subclínicas del trastorno. Incluye datos sobre frecuencia, intensidad y duración de los ataques de pánico, así como de los detalles sobre la conducta de evitación; esta información es necesaria para ajustar el tratamiento a la forma en que se presenta en cada individuo. El valor de las entrevistas estructuradas es su contribución a un diagnóstico diferencial y la confiabilidad entre calificadores. Con el uso del ADIS-IV el acuerdo entre calificadores va de satisfactorio a excelente para diversos trastornos de ansiedad (Brown, Di Nardo, Lehman y Campbell, 2001). Actualmente se realizan análisis similares para ADIS-5.

De igual modo, el Programa para la Esquizofrenia y Trastornos Afectivos -Versión para toda la vida (modificado para el estudio de la ansiedad) da lugar a diagnósticos confiables para la mayor parte de los trastornos de ansiedad (a excepción del trastorno de ansiedad generalizada y la fobia simple) (Manuzza, Fyer, Liebowitz y Klein, 1990), tal como lo hace la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM (SCID), que abarca todos los trastornos mentales (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1994) y que será actualizada para los criterios diagnósticos del DSM-5.

El diagnóstico diferencial a veces es difícil porque, como se describió antes, el pánico es un fenómeno ubicuo (Barlow, 1988) que ocurre en una gran variedad de trastornos emocionales. No es inusual el reporte de ataques de pánico en personas con fobias específicas, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés postraumático. En el caso de Julie la cuestión del diagnóstico diferencial concernía al trastorno de ansiedad social y trastorno de pánico y agorafobia. En la figura 1-1 se muestran las preguntas del ADIS-IV que abordan esta diferenciación (las respuestas de Julie se muestran en cursivas).

Partes de la Sección del trastorno de pánico del ADIS-IV

¿En la actualidad hay momentos en que siente una oleada repentina de temor o incomodidad intensa? *Sí*

¿En qué tipos de situaciones experimenta esos sentimientos? *Al conducir, especialmente en carretera... cuando estoy sola en casa... en las fiestas o cuando hay mucha gente*

¿Esos sentimientos han aparecido "de la nada", sin razón aparente o en situaciones en que no esperaba que ocurrieran? *Sí*

¿Cuánto tiempo suele pasar para que la oleada de temor o incomodidad alcance su nivel más alto? *Varía, en ocasiones un par de segundos y otras veces parece aumentar más lentamente.*

¿Por lo regular cuánto tiempo se mantiene el temor o incomodidad en su nivel más alto? *Depende de dónde me encuentre. Si resulta que estoy sola, a veces termina al cabo de unos cuantos minutos o incluso segundos. Si me encuentro en una multitud, se mantiene hasta que dejo el lugar.*

En el último mes, ¿qué tanta preocupación o temor ha sentido por la posibilidad de tener otro ataque de pánico?

0	1	2	3	4	5	(6)	7	8
Ninguna preocupación o temor	Casi nunca me preocupo /temor leve			Ocasionalmente me preocupo/temor moderado		Me preocupo con frecuencia/ temor severo		Estoy constantemente preocupado /temor extremo

Partes de la sección de Fobia Social del ADIS-IV

¿Siente temor, ansiedad o nerviosismo en situaciones sociales en que puede ser observada o evaluada por otros o cuando conoce a gente nueva? *Sí*

¿Le preocupa en exceso la posibilidad de hacer o decir algo que pudiera avergonzarla o humillarla en frente de otros, o que otros pudieran pensar mal de usted? *Sí*

¿Qué le preocupa que suceda en esas situaciones? *Que los demás se den cuenta de que estoy ansiosa. Cuando siento pánico mi cara se pone blanca y mis ojos lucen extraños y me preocupa que pueda volverme loca frente a ellos y que no sepan qué hacer*

¿Esas situaciones la ponen ansiosa porque teme que pueda sufrir un ataque de pánico inesperado? *Sí (sea pánico o que me sienta irreal)*

Además de las ocasiones en que se ha visto expuesta a esas situaciones, ¿ha experimentado una oleada inesperada de temor o ansiedad? *Sí*

Figura 1-1. Respuestas de Julie a las preguntas del ADIS-IV.

Como se muestra en la figura 1-1, Julie experimenta ataques de pánico en situaciones sociales y le preocupa la posibilidad de ser evaluada negativamente por otros si su ansiedad se hace evidente. Sin embargo, a pesar de su historia de timidez, la incomodidad social que Julie experimenta en la actualidad tiene fundamento, sobre todo, en la posibilidad de sentir pánico. Debido a esto, y a que cumple los otros criterios del

trastorno de pánico (es decir, ataques de pánico inesperados y no sociales, y aprehensión generalizada por ataques de pánico futuros), la incomodidad social es incluida mejor en el dominio del trastorno de pánico y agorafobia. Si Julie reportara que sólo sufre los ataques de pánico en situaciones sociales, entonces sería más probable un diagnóstico del trastorno de ansiedad social.

Un reporte de ataques de pánico inesperados e inseguridad sobre las cosas que podría hacer o decir en situaciones sociales, independientemente de la ocurrencia del pánico, sería congruente con un diagnóstico dual de trastorno de pánico y agorafobia y del trastorno de ansiedad social. En general, los individuos con el trastorno de pánico pueden seguir sintiéndose ansiosos incluso cuando juegan un papel pasivo en un escenario social, mientras que es más probable que un paciente con fobia social se sienta relajado cuando no es el centro de atención y no anticipa que será evaluado o juzgado (Dattilio y Salas-Auvert, 2000).

Los mismos tipos de interrogatorios diagnósticos son útiles para distinguir entre el trastorno de pánico con agorafobia y claustrofobia. En lo que respecta a los trastornos somatomorfos, condiciones médicas reales y los trastornos de personalidad por evitación o dependencia pueden surgir otros problemas con el diagnóstico diferencial.

Una vez que se realiza la evaluación diagnóstica, puede ser útil realizar una evaluación dimensional diseñada específicamente para el trastorno de pánico usando, por ejemplo, la Escala de Severidad del Trastorno de Pánico (PDSS; Shear *et al.,* 1997). Esta escala, que es llenada por los clínicos, califica siete áreas de respuesta por medio de una escala de evaluación de la gravedad de 0 a 4 puntos: frecuencia de los ataques de pánico, agobio, ansiedad anticipatoria, temores agorafóbicos e interoceptivos, conducta de evitación, y daño social y laboral. Una puntuación de corte de 8 en la escala PDSS identifica a los pacientes con el trastorno de pánico con alta sensibilidad y especificidad aceptable (Shear *et al.,* 2001).

Evaluación médica

Por lo general se recomienda hacer una evaluación médica antes de asignar el diagnóstico de trastorno de pánico, es necesario descartar varias condiciones médicas como enfermedades tiroideas, intoxicación por cafeína o anfetamina, abstinencia de drogas o feocromocitoma (un extraño tumor de las glándulas suprarrenales). Además, ciertas condiciones médicas pueden exacerbar el trastorno de pánico, aunque es probable que éste continúe incluso cuando los síntomas fueron médicamente controlados. En esta última categoría caen el prolapso de la válvula mitral, alergias asmáticas e hipoglicemia. De acuerdo con el modelo descrito, esas enfermedades exacerban el trastorno de pánico en la medida que provocan las sensaciones físicas temidas. Por ejemplo, el prolapso de la válvula mitral en ocasiones produce dificultad para respirar y la hipoglicemia provoca mareos y debilidad que se traslapan con los síntomas del pánico y pueden convertirse en señales condicionadas para éste.

Automonitoreo

El automonitoreo es una parte muy importante de la evaluación y tratamiento del trastorno de pánico y agorafobia. El reporte retrospectivo de episodios de pánico y ansiedad, en especial cuando se hace en condiciones de ansiedad, puede sobredimensionar las estimaciones de la frecuencia e intensidad del pánico (Margraf *et al.,* 1987; Rapee, Craske y Barlow, 1990). Además, esa inflación puede contribuir a la preocupación por la repetición del pánico. En contraste, el automonitoreo continuo, por lo general, arroja estimaciones más exactas y menos infladas (Craske y Tsao, 1999, ofrecen una revisión exhaustiva del automonitoreo del pánico y la ansiedad). Se cree también que el automonitoreo continuo contribuye a una autoconciencia personal objetiva. El automonitoreo objetivo reemplaza las afirmaciones negativas y cargadas de afecto como "Me siento terrible. Es lo peor que me ha pasado, todo mi cuerpo está fuera de control" por "Mi nivel de ansiedad es 6. Mis síntomas incluyen temblores, mareos, sentimientos de irrealidad y dificultad para respirar -y este episodio duró 10 minutos". La autoconciencia objetiva disminuye el afecto negativo por lo regular. Por último, el automonitoreo proporciona retroalimentación para juzgar el progreso y material útil para las sesiones de análisis.

Los ataques de pánico se documentan en el Registro de Ataques de Pánico, una versión del mismo se muestra en la figura 1-2. Este registro debe hacerse tan pronto como sea posible, después de que ocurra un ataque de pánico, por lo que la persona debe llevar consigo el formato (que es del tamaño de una billetera). Los niveles cotidianos de ansiedad, depresión y preocupación por el pánico son supervisados con el Registro Diario del Estado de Ánimo que se muestra en la figura 1-3. Este registro se realiza al final de cada día. Finalmente, las actividades pueden ser registradas haciendo anotaciones cotidianas en un diario o verificando las actividades completadas en una lista de cotejo de agorafobia.

Fecha 2/16/06 Hora de inicio 5:20 P.M.
Detonantes Estar sola en casa y falta de aire

Temor máximo 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
Ninguno Leve Moderado Fuerte Extremo

Marque todos los síntomas presentes por lo menos en un grado leve

Dolor o malestar en el pecho		Sudoración	×
Aceleración del corazón o latidos muy rápidos o palpitaciones	×	Náusea o dolor de estómago	
Dificultad para respirar	×	Mareos, tambaleo, aturdimiento, desmayo	
Temblores	×	Escalofríos/sofocos	
Entumecimiento/hormigueo		Sensación de irrealidad	×
Sensación de ahogo		Miedo a morir	
Miedo a perder el control o volverse loco	×		

Pensamientos: Voy a volverme loca, voy a perder el control
Conductas Llamar a mi madre

Figura 1-2. Registro de los ataques de pánico de Julie.

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
Ninguno Leve Moderado Fuerte Extremo

Fecha	Ansiedad promedio	Depresión promedio	Preocupación por el pánico promedio
2/16	7	5	7
2/17	5	4	5
2/18	4	4	5
2/19	4	3	4
2/20	4	4	5
2/21	2	1	1
2/22	2	2	2

Figura 1-3. Registro diario del estado de ánimo de Julie

Un problema común con el automonitoreo es el incumplimiento, que en ocasiones se debe a que no se entiende o a que no se cree en el autorregistro. Sin embargo, es más común que el incumplimiento se deba a la anticipación de más ansiedad como resultado del monitoreo. Este es el caso sobre todo para individuos cuyo estilo preferido de afrontamiento es distraerse tanto como sea posible porque de otro modo los pensamientos sobre el pánico serían abrumadores. "¿Por qué debo sentirme peor preguntándome qué tan mal me siento?" En el caso de Julie, la tarea de automonitoreo

era particularmente difícil porque los recordatorios explícitos de su ansiedad le provocaban una gran preocupación por la posibilidad de perder contacto con la realidad.

A Julie le resultaron de ayuda la instigación, la confirmación de que la ansiedad remitiría si perseveraba en el autorregistro, y el énfasis en el automonitoreo objetivo frente al subjetivo. Además, el automonitoreo de Julie fue reforzado por la atención del terapeuta en la información proveniente de dicha actividad y por la retroalimentación correctiva sobre el método de autosupervisión al inicio de cada sesión de tratamiento.

Inventarios estandarizados

Varios inventarios estandarizados de autorreporte ofrecen información útil para la planeación del tratamiento y son marcadores sensibles del cambio terapéutico. El Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (Reiss, Peterson, Gursky y McNally, 1986) y el Índice Multidimensional de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (Taylor *et al.,* 2007) gozan de gran aceptación como medidas de rasgo de las creencias amenazantes sobre las sensaciones corporales. Ambos presentan buenas propiedades psicométricas y tienden a discriminar entre el trastorno de pánico y la agorafobia de otros trastornos de ansiedad (p. ej., Taylor *et al.,* 1992; Telch, Sherman y Lucas, 1989), en especial la subescala de Preocupaciones Físicas (Zinbarg *et al.,* 1997). El Cuestionario de Sensaciones Corporales y el Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas ofrecen información más específica sobre qué sensaciones corporales particulares son las más temidas y qué valoraciones erróneas específicas ocurren con mayor frecuencia (Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984). Ambas escalas poseen propiedades psicométricas que van de buenas a excelentes y son sensibles al cambio posterior al tratamiento (vea el trabajo de Keller y Craske, 2008). El Inventario de Movilidad (Chambless, Caputo, Gracely, Insin y Williams, 1985) presenta una lista de situaciones agorafóbicas que son calificadas en términos del grado de evitación cuando se está solo y cuando se está acompañado. Este instrumento es de gran utilidad para establecer las jerarquías de exposición *in vivo* y posee también un buen sustento psicométrico.

Además, se desarrollaron dos inventarios estandarizados de autorreporte que son útiles para el trastorno de pánico y la agorafobia. El primero, el Cuestionario Albany de Pánico y Fobia (Rapee, Craske y Barlow, 1995), evalúa el temor y la evitación de actividades que producen las sensaciones corporales temidas (p. ej., ejercicio, cafeína), así como las situaciones sociales y de agorafobia más comunes. Los análisis factoriales confirmaron tres factores distintos denominados Agorafobia, Fobia Social y Temores Interoceptivos. El cuestionario posee propiedades psicométricas adecuadas y es útil en la descripción de la evitación agorafóbica frente a la interoceptiva. El segundo, el Cuestionario de Control de la Ansiedad, evalúa la falta de control percibida sobre sucesos e incidentes relacionados con la ansiedad, como las reacciones emocionales internas o las señales externas amenazantes (Rapee, Craske, Brown y Barlow, 1996). Esta escala está diseñada para evaluar el locus de control pero, en comparación con las escalas generales, lo hace de una manera más específica y relevante para la ansiedad y los trastornos de ansiedad. Una versión revisada de 15 reactivos arrojó tres factores (Control de la Emoción, Control

de la Amenaza y Control del Estrés) y una dimensión superior de control percibido (Brown, White, Forsyth y Barlow, 2004). En un estudio fue posible predecir disminuciones en la comorbilidad a partir de los cambios en esta escala del pre a post-tratamiento (Craske *et al.,* 2007). Keller y Craske (2008) ofrecen una revisión más detallada de cada cuestionario mencionado aquí y de la evaluación completa para el trastorno de pánico y la agorafobia.

Pruebas conductuales

La prueba conductual es una medida útil del grado de evitación de señales interoceptivas y situaciones externas específicas. Las pruebas de aproximación conductual pueden ser estandarizadas o adaptarse al individuo. La prueba conductual estandarizada para la evitación agorafóbica por lo regular implica caminar o conducir por una ruta particular, por ejemplo, un circuito de una milla alrededor de las instalaciones clínicas. Las pruebas conductuales estandarizadas para la ansiedad por sensaciones físicas involucran ejercicios que inducen síntomas similares al pánico, como girar en un círculo, correr en el lugar, hiperventilar y respirar a través de un popote (Barlow y Craske, 2006). Los niveles de ansiedad se califican a intervalos regulares durante las pruebas conductuales y se mide la distancia real o la duración. La desventaja de las pruebas conductuales estandarizadas es que la tarea específica puede no ser relevante para todos los pacientes (p. ej., caminar una 1.5 km o correr en el lugar puede provocar una ansiedad ligera en una persona y ser muy agobiante para otras), de ahí el valor de las pruebas adaptadas al individuo. En el caso de la agorafobia, esto por lo regular conlleva intentos en tres a cinco situaciones individualizadas que el paciente identificó que iban de **Algo difícil** a **Extremadamente difícil**, tales como conducir cierta distancia en la autopista, esperar en la fila del banco o hacer compras en un supermercado durante 15 minutos. Para la ansiedad por sensaciones físicas, las pruebas conductuales adaptadas al individuo implican ejercicios diseñados específicamente para inducir las sensaciones que más teme la persona (p. ej., tapones nasales para inducir sensaciones de dificultad para respirar). Igual que en las pruebas estandarizadas, se miden los niveles continuos de ansiedad y el grado de conducta de aproximación en relación con las pruebas adaptadas al individuo.

Las pruebas conductuales adaptadas al individuo son más informativas para la práctica clínica, aunque confunden comparaciones entre-sujetos para fines de investigación. Las pruebas conductuales son un complemento importante del autorreporte de la evitación agorafóbica porque los pacientes tienden a subestimar lo que en realidad pueden lograr (Craske *et al.,* 1988). Además, las pruebas conductuales a menudo revelan información importante para la planeación del tratamiento de la que el individuo no está del todo consciente. Por ejemplo, la tendencia a permanecer cerca de apoyos, como barandales o paredes, puede no ser evidente hasta que uno observa al paciente caminar en un centro comercial. En el caso de Julie, la importancia del cambio de la luz diurna a la noche no fue evidente hasta que se le pidió que manejara en una sección del camino en una prueba conductual. Su respuesta fue que era demasiado tarde para manejar porque el anochecer le hacía sentir que las cosas eran irreales. De igual modo, no fue sino hasta que Julie

completó una prueba conductual que reconoció la importancia del aire acondicionado cuando manejaba. Julie creía que el aire fresco que soplaba en su cara la ayudaba a permanecer "en contacto con la realidad". Por último, advirtió que su postura física al conducir era un factor que contribuía a la ansiedad: encorvaba los hombros y se inclinaba hacia el volante que sostenía de manera muy rígida. El tratamiento consideró todo lo anterior, se incluyó en la jerarquía la tarea de conducir al anochecer, el aire acondicionado se consideró una señal de seguridad que debía ser retirada y conducir en una postura más relajada fue parte de la exposición de dominio.

Psicofisiología

Si bien las medidas fisiológicas continuas no son herramientas muy prácticas para los clínicos, pueden proporcionar información importante. En particular, la discrepancia descrita antes entre los reportes de síntomas y la activación fisiológica real (es decir, el reporte de aceleración del ritmo cardiaco cuando no existe tal aceleración) puede servir como demostración terapéutica del papel que juegan la atención y la cognición en la producción de síntomas. De igual modo, los registros reales ofrecen datos que permiten rechazar las valoraciones inadecuadas como "Mi corazón late tan rápido que parece que va a explotar" o "Estoy segura de que mi presión sanguínea es tan alta que podría tener un infarto en cualquier minuto". Finalmente, los niveles en reposo del funcionamiento fisiológico, que en ocasiones son irregulares en individuos ansiosos, pueden ser medidas sensibles del resultado del tratamiento (p. ej., Craske, Lang *et al.,* 2006).

Análisis funcional

Los diversos métodos de evaluación proporcionan el material para el análisis funcional completo de Julie. Específicamente, la topografía de sus ataques de pánico es la siguiente: los síntomas más comunes incluyen una sensación de irrealidad, falta de aire y latidos muy rápidos; la frecuencia promedio de los ataques de pánico es de tres por semana; la duración promedio de cada ataque va de unos cuantos segundos a cinco minutos si Julie no se encuentra en medio de una multitud, en caso contrario las sensaciones de pánico se mantienen hasta que se aleja del gentío; en términos de la aprehensividad, Julie se preocupa por el pánico 75% del día; aunque la mayor parte de sus ataques de pánico son esperados, también se presentan algunos ataques inesperados. Julie tiene antecedentes situacionales e internos para sus ataques de pánico. Los antecedentes situacionales incluyen conducir en autopistas; estar en medio de una multitud; estar sola, en especial por la noche; los restaurantes, el anochecer, concentrarse en la lectura por largos periodos y la actividad aeróbica. Los antecedentes internos incluyen fluctuaciones en el ritmo cardiaco, sensación de aturdimiento, hambre, debilidad debida a la falta de alimento, pensamientos de que va a ocurrir "algo grande", pensamientos de no poder afrontar esto por mucho más tiempo y enojo. Sus valoraciones inadecuadas sobre los síntomas del ataque de pánico incluyen creencias de que nunca regresará a la normalidad, que se volverá loca o perderá el control y que los demás pensarán que es rara. Sus reacciones conductuales a los ataques de pánico

incluyen conductas de escape como orillarse al acotamiento de la carretera, salir de los restaurantes y de otros lugares atestados, llamar a su esposo o a su madre y ver si lleva su Klonopín. Sus reacciones conductuales a la anticipación de los ataques de pánico incluyen evitar conducir sola largas distancias o en autopistas y caminos desconocidos o al anochecer, evitar las áreas atestadas, el ejercicio, el tiempo tranquilo sin nada que hacer y hacer una cosa por largos periodos. Además, trata de no pensar en la ansiedad o las sensaciones de irrealidad. Sus señales de seguridad y conductas de búsqueda de seguridad incluyen tener siempre a la mano su Klonopín, conocer siempre la ubicación de su esposo y tener encendido el aire acondicionado. Las consecuencias de su trastorno de pánico con agorafobia afectan a su familia: el esposo de Julie se preocupa y la apoya, pero su madre piensa que tendría que reponerse porque todo está en su cabeza. Además, aunque Julie tiene un empleo, ha tenido que disminuir el número de horas que trabaja, y viaja y socializa mucho menos. Su estado de ánimo general incluye cierta dificultad para concentrarse y dormir, inquietud, jaquecas y dolores musculares. Además, en ocasiones, se torna llorosa, triste, desesperanzada y por lo general se siente agobiada.

COMPONENTES DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Los componentes del tratamiento cognitivo-conductual que se describen en esta sección se integran en el siguiente programa de tratamiento sesión por sesión.

Educación

El tratamiento empieza brindando información sobre la naturaleza del trastorno de pánico, las causas y formas en que pánico y ansiedad son perpetuados por bucles de retroalimentación entre sistemas de respuesta física, cognitiva y conductual. También se proporcionan descripciones específicas de la psicofisiología de la respuesta de lucha o huida, así como una explicación del valor adaptativo de los diversos cambios fisiológicos que ocurren durante el pánico y la ansiedad. El propósito de ofrecer esta información es corregir los mitos y conceptos erróneos comunes sobre los síntomas del pánico (p. ej., las creencias de que uno va a volverse loco, a morir o a perder el control) que contribuyen al pánico y la ansiedad. Durante este proceso se enfatiza el valor que tienen las reacciones de alarma (es decir, los ataques de pánico) para la supervivencia.

La educación también distingue entre el estado de ansiedad y la emoción de miedo o pánico en términos tanto conceptuales como de sus tres modos de respuesta (subjetivo, fisiológico y conductual). Esta distinción es fundamental para el modelo del trastorno de pánico y para el resto del tratamiento. La ansiedad se considera un estado de preparación para una amenaza futura, mientras que el pánico es la emoción de lucha o escape provocada por una amenaza inminente. El pánico o miedo se caracteriza por percepciones de amenaza inminente, descarga autónoma repentina y conducta de lucha o escape. En contraste, la ansiedad se caracteriza por percepciones de amenaza futura y tensión crónica, cautela, evitación y alteración del desempeño.

Automonitoreo

El automonitoreo es esencial para el modelo científico personal de la terapia cognitivo-conductual. Este elemento se introduce como una forma de mejorar la autoconciencia personal objetiva e incrementar la precisión de la observación que uno hace de sí mismo. Como se mencionó, se pide a los pacientes que lleven por lo menos dos tipos de registro. El primero, el Registro de Ataques de Pánico, se realiza tan pronto como sea posible después de cada ataque de pánico; este registro proporciona una descripción de las señales, malestar máximo, síntomas, pensamientos y conductas. El segundo, el Registro Diario del Estado de Ánimo, se realiza al final de cada día para asentar los niveles totales o promedio de ansiedad, depresión y cualquier otra cosa que se considere importante anotar. Además, los pacientes deben llevar un registro diario de las actividades o situaciones que se completan o se evitan.

Reentrenamiento de la respiración y entrenamiento respiratorio con la ayuda de la capnometría

El reentrenamiento de la respiración es un componente central al inicio de los tratamientos para el desarrollo de control de pánico porque muchos pacientes afirman que los síntomas de hiperventilación son muy similares a los de su ataque de pánico. Sin embargo, es importante considerar que el reporte del síntoma de hiperventilación no siempre representa de manera precisa la fisiología de la hiperventilación: sólo 50% de los pacientes, o menos, muestran disminuciones reales en los valores del CO_2 al final de la espiración durante los ataques de pánico (Hibbert y Pilsbury, 1989; Holt y Andrews, 1989; Hornsveld, Garssen, Fiedelij Dop y van Spiegel, 1989).

En las conceptualizaciones iniciales se relacionaba a los ataques de pánico con cambios respiratorios inducidos por el estrés que provocaban temor, porque se perciben como amenazas o porque aumentan el temor ya provocado por otros estímulos fóbicos (Clark, Salkovskis y Chalkley, 1985). Varios estudios demostraron un efecto positivo del reentrenamiento de la respiración que incluía ejercicios de respiración abdominal lenta (p. ej., Kraft y Hoogduin, 1984), aunque más tarde se cuestionó su valor. Por ejemplo, varios estudios sugerían que la adición del reentrenamiento respiratorio no mejoraba por sí mismo la exposición *in vivo* (p. ej., de Beurs, van Balkom, Lange, Koele y van Dyck, 1995). Se encontró que el reentrenamiento de la respiración era ligeramente menos eficaz que la exposición interoceptiva cuando cada uno se agregaba a la reestructuración cognitiva y a la exposición *in vivo* (Craske, Rowe, Lewin y Noriega-Dimitri, 1997), y en otro estudio que la inclusión del reentrenamiento de la respiración producía resultados más pobres que la terapia cognitivo-conductual sin dicho componente, aunque los hallazgos no fueron sólidos (Schmidt *et al.,* 2000). A partir de su revisión sobre la eficacia y los mecanismos de acción del reentrenamiento de la respiración, Garssen, de Ruiter y van Dyck (1992) concluyeron que dicho procedimiento probablemente produce un cambio no a través de la respiración en sí, sino de la distracción y, o un sentido de control. De modo que el reentrenamiento de la respiración ya no se considera un componente central de la terapia cognitivo-conductual para el trastorno de pánico. El procedimiento puede incluso ser contra-terapéutico en la medida que puede abusarse del mismo como una forma de evitar los síntomas físicos. Dicho lo anterior, pueden existir condiciones en que el reentrenamiento de la respiración resulte una herramienta útil para mostrar al individuo los signos obvios de la respiración irregular (p. ej., respiración rápida y superficial, respiraciones profundas frecuentes), siempre y cuando no se convierta en un método de evitación o búsqueda de seguridad.

En contraste con el reentrenamiento tradicional de la respiración, el entrenamiento con la ayuda de la capnometría (CART) se enfoca en la desregulación respiratoria, en particular la hipocapnia (Meuret, Rosenfield, Seidel, Bhaskara y Hofmann, 2010; Meuret, Wilhelm, Ritz y Roth, 2008). Este entrenamiento es un proceso de instrucción breve, de cuatro semanas, que usa la retroalimentación inmediata de la presión parcial del CO_2 al final de la espiración (pCO_2) para enseñar a los pacientes a elevar sus niveles subnormales de pCO_2 (hiperventilación) y obtener así control sobre los patrones respiratorios disfuncionales y los síntomas de pánico asociados (p. ej., dificultad para respirar, mareos). El dispositivo, un capnómetro portátil, ofrece retroalimentación del

CO_2 expirado, respiración a respiración, y de la tasa de respiración (medidos ambos por medio de una cánula nasal). Debido a la novedad del entrenamiento respiratorio con la ayuda de la capnometría, los ensayos aleatorizados son limitados aunque prometedores. En un primer estudio con control aleatorio, Meuret y colaboradores (2008) compararon la eficacia de cuatro semanas del entrenamiento respiratorio con la ayuda de la capnometría (N = 20) con un grupo control de lista de espera demorada (LE, N = 17). El entrenamiento respiratorio con la ayuda de la capnometría, pero no la lista de espera, dio lugar a incrementos sostenidos en los niveles de pCO_2 y a la disminución de gravedad y frecuencia del pánico. La disminución de la gravedad de los síntomas de pánico (Shear *et al.,* 1997) fue comparable a la observada en la terapia cognitivo-conductual estándar y las mejoras se mantenían en un seguimiento hecho a los 12 meses. En un segundo estudio, pacientes con el trastorno de pánico fueron asignados al azar a una condición de cuatro semanas de entrenamiento respiratorio con la ayuda de la capnometría (N = 21) o de terapia cognitiva (N = 20). A una etapa inicial de cuatro semanas de entrenamiento de habilidades le siguieron tres sesiones de exposición *in vivo* y una cuarta sesión durante un seguimiento a los dos meses. Independientemente de la modalidad, los entrenamientos respectivos de adquisición de habilidades dieron lugar a disminuciones significativas y comparables en la gravedad de los síntomas de pánico y cogniciones relacionadas. Sin embargo, el entrenamiento respiratorio con la ayuda de la capnometría, pero no la terapia cognitiva, corrigió los niveles hipocámpicos de pCO_2 (Meuret *et al.,* 2010; Seidel, Rosenfield, Bhaskara, Hofmann y Meuret, 2009). No obstante, todavía es necesario evaluar el grado en que el entrenamiento respiratorio con la ayuda de la capnometría potencializa la terapia de exposición (en relación con la terapia de exposición por sí sola).

Relajación aplicada

Una forma de relajación, conocida como relajación aplicada, ha mostrado buenos resultados en el tratamiento de los ataques de pánico. Dos estudios de Öst (Öst y Westling, 1995; Öst, Westling y Hellström, 1993) indican que la relajación aplicada es tan eficaz como la exposición *en vivo* y la terapia cognitiva. En contraste, Barlow y colaboradores (1989) encontraron que la relajación muscular progresiva aplicada (RMP) es relativamente ineficaz para los ataques de pánico, aunque en ese estudio se excluyeron todas las formas de exposición interoceptiva de la jerarquía de tareas a las que se aplicó la relajación muscular progresiva, lo que al parecer no sucedió en los estudios de Öst. Clark y colaboradores (1994) encontraron que la terapia cognitiva era superior a la relajación muscular progresiva aplicada cuando se conducía con cantidades iguales de exposición *en vivo,* mientras que Beck, Stanley, Baldwin, Deagle y Averill (1994) encontraron muy pocas diferencias entre la terapia cognitiva y la relajación muscular progresiva cuando cada una de ellas se realizaba sin procedimientos de exposición.

Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva es un conjunto de habilidades en que los pacientes

aprenden a reconocer errores cognitivos y a generar explicaciones alternativas, no catastróficas, de las sensaciones temidas durante los ataques de pánico. La terapia cognitiva empieza con la explicación del tratamiento y el examen del papel de los pensamientos en la generación de emociones. A continuación se reconoce que los pensamientos son hipótesis más que hechos, por lo que pueden ser cuestionados. Se establece un automonitoreo detallado de emociones y cogniciones asociadas para identificar creencias, valoraciones y suposiciones específicas. Una vez que se identifican, las cogniciones relevantes se categorizan en los tipos de errores típicos que ocurren durante una emoción exacerbada, por ejemplo, sobreestimar el riesgo de sucesos negativos o dar un significado catastrófico a los eventos. El proceso de categorización, o de asignación de etiquetas a los pensamientos, es congruente con un modelo científico personal y facilita una perspectiva objetiva mediante la cual es posible evaluar la validez de los pensamientos. Así, al etiquetar el tipo de distorsión cognitiva, se anima al paciente a usar un enfoque empírico para examinar la validez de sus pensamientos, considerando toda la evidencia disponible. Los terapeutas utilizan el cuestionamiento socrático para ayudar a los pacientes a hacer descubrimientos guiados y a cuestionar sus pensamientos ansiosos. Luego se generan más hipótesis alternativas con base en la evidencia. Además de las valoraciones de nivel superficial (p. ej., "Esa persona me mira mal porque me veo ridículo"), las creencias o esquemas de nivel central (p. ej., "No soy lo bastante fuerte para resistir más angustia" o "Soy desagradable") se cuestionan de la misma manera. Es muy importante reconocer que la reestructuración cognitiva no pretende ser una forma directa de minimizar el temor, la ansiedad o los síntomas desagradables: su propósito es corregir el pensamiento distorsionado; si bien se espera que a la larga desaparezcan el temor y la ansiedad, su disminución no es la meta principal de la terapia cognitiva.

La terapia cognitiva suele entremezclarse con técnicas conductuales (p. ej., "experimentos conductuales", "pruebas de hipótesis", "instrucciones" que implican exposición), lo que complica la prueba directa de la eficacia de la terapia cognitiva en su forma "pura" (p. ej., Hoffart, Sexton, Hedley y Martinsen, 2008; Hoffman *et al.,* 2007; Öst *et al.,* 1993; Teachman, Marker y Smith-Janik, 2008). No obstante, existe evidencia de que el entrenamiento en procedimientos cognitivos, sin los componentes de exposición y procedimientos conductuales, es eficaz para reducir aspectos del pánico (Beck *et al.,* 1994; Meuret *et al.,* 2010; Salkovskis, Clark y Hackmann, 1991; van den Hout, Arntz y Hoekstra, 1994). De igual modo, un estudio de Bouchard y colaboradores (1996) encontró que la reestructuración cognitiva fue tan eficaz como la terapia de exposición para reducir los síntomas de pánico. Sin embargo, no queda claro qué efectos tiene la terapia cognitiva por si sola en la agorafobia. Un estudio encontró que la terapia cognitiva era menos eficaz que la terapia de exposición para la agorafobia (Williams y Falbo, 1996), mientras que otro estudio (Hoffart, 1995) encontró que la terapia cognitiva era tan eficaz como la exposición de dominio guiado aplicada de manera intensiva durante seis semanas en individuos con agorafobia moderada a severa, aunque en la condición de la terapia cognitiva se incluyeron algunos componentes de la exposición (p. ej., pruebas de hiperventilación para provocar sensaciones).

Algunos estudios han comparado los efectos de la terapia cognitiva combinada, sólo con exposición o con otras habilidades de afrontamiento. Con frecuencia, la terapia cognitiva combinada con la exposición no produce un beneficio adicional sobre la exposición *en vivo* por si sola (Öst, Thulin y Ramnero, 2004; van den Hout *et al.,* 1994; el trabajo de Murphy *et al.,* 1998, es una excepción).

Exposición

La exposición es una fase crucial del tratamiento y, una vez iniciada, es un foco de atención tanto durante las sesiones de tratamiento como de las sesiones de tareas entre el tratamiento, porque la práctica de exposición limitada es de poco beneficio y puede incluso ser perjudicial. La exposición está diseñada para desafiar las valoraciones inadecuadas y extinguir las respuestas emocionales condicionadas a situaciones y contextos externos (a través de la exposición *in vivo*) y de las sensaciones corporales (por medio de la exposición interoceptiva). Cada vez es mayor la evidencia que sugiere que la exposición representa el componente más poderoso de la terapia cognitivo-conductual para el trastorno de pánico y agorafobia, incluyendo metaanálisis que no demuestran un beneficio adicional de la reestructuración cognitiva o habilidades de afrontamiento somático, más allá de la terapia de exposición por si sola (Norton y Price, 2007). Un ensayo grande reportó una relación dosis-respuesta entre exposición y mejoría en agorafobia (Gloster *et al.,* 2011).

Exposición en vivo

La exposición *en vivo* se refiere a la exposición real, repetida y sistemática, en este caso, a situaciones de agorafobia. Una larga historia de investigación ha demostrado la eficacia de la exposición *en vivo* para la agorafobia.

Con mucha frecuencia la exposición *en vivo* se realiza de una manera gradual, y avanza de las situaciones que menos a las que más provocan ansiedad en una jerarquía de evitación. Sin embargo, existe evidencia que sugiere que la exposición intensiva o no gradual puede ser efectiva. En un estudio de Feigenbaum (1988), las sesiones de tratamiento se realizaron en un formato masivo en el curso de seis a 10 días consecutivos. Un grupo recibió exposición no gradual (N = 25) que empezó con los elementos más temidos de la jerarquía de evitación, mientras que el otro grupo recibió exposición gradual (N = 23) que inició con los elementos menos temidos de la jerarquía. En la evaluación inicial, alrededor de una tercera parte de esta muestra con agorafobia grave se encontraba recluida en su casa. Ocho meses después del tratamiento, las condiciones demostraron ser igualmente efectivas (aunque, el grupo de exposición gradual informó que el tratamiento era más agobiante). Sin embargo, en una evaluación de seguimiento realizada a los cinco años, la exposición no gradual fue claramente superior: 76% de los integrantes del grupo intensivo contra 35% de los integrantes del grupo gradual dijeron estar completamente libres de síntomas. Cuando se sumaron 194 sujetos al formato de exposición masiva, se obtuvieron los mismos resultados. De 129 participantes, 78% dijo estar completamente libre de síntomas cinco años más tarde. Este

notable conjunto de resultados sugiere que es probable que un método intensivo produzca niveles de activación más altos que el método gradual, lo que puede ser muy benéfico (por lo menos cuando se realiza en un formato masivo). Por desgracia, la validez de las medidas de resultado en este estudio es algo cuestionable, por lo que todavía deben ser replicadas por investigadores independientes.

El tiempo dedicado a la exposición *in vivo* depende en gran medida del perfil de agorafobia del paciente. Obviamente se necesita más tiempo para pacientes con agorafobia más grave.

Exposición interoceptiva

En la exposición interoceptiva la meta es inducir deliberadamente sensaciones físicas a las que se teme un número suficiente de veces, y en cada ocasión por el tiempo suficiente, de modo que se rechacen las valoraciones inadecuadas sobre las sensaciones y se extingan las respuestas de ansiedad condicionada.

Se utiliza una lista estándar de ejercicios, como hiperventilar y girar, para establecer una jerarquía de exposiciones interoceptivas. Con el método gradual, la exposición empieza con los ejercicios menos agobiantes y continúa con los más abrumadores. Es esencial que el paciente soporte las sensaciones por lo menos entre 30 segundos y un minuto después del momento en que se percató de ellas, porque si termina la tarea demasiado pronto puede perder la oportunidad de aprender que las sensaciones no son dañinas y que la ansiedad puede ser tolerada. Al ejercicio le sigue el análisis de lo que aprendió el paciente acerca de las sensaciones físicas. Esos ejercicios interoceptivos se practican diariamente fuera de la sesión de terapia para consolidar el proceso de aprendizaje. La exposición interoceptiva se extiende a actividades habituales que inducen sensaciones somáticas (p. ej., el consumo de cafeína, el ejercicio).

Diversos estudios reportaron los efectos de la exposición interoceptiva, independiente de otras estrategias terapéuticas. Muy al inicio, Bonn, Harrison y Rees (1971) y Haslam (1974) observaron una reducción exitosa en la reactividad provocada por infusiones repetidas de lactato de sodio (un fármaco que produce sensaciones corporales similares a las del pánico). No obstante, en esas investigaciones no se monitoreó el pánico. Griez y van den Hout (1986) compararon seis sesiones de inhalación gradual de CO_2 con un régimen de tratamiento con propranolol (un β-bloqueador elegido porque suprime los síntomas inducidos por inhalaciones de CO_2), ambos tratamientos se llevaron a cabo en el curso de dos semanas. El tratamiento con inhalación de CO_2 produjo, en promedio, una disminución de 12 a cuatro ataques de pánico, lo que superó los resultados del propranolol. Además, el tratamiento con inhalación dio lugar a disminuciones significativamente mayores en el temor reportado a las sensaciones. Una evaluación de seguimiento realizada a los seis meses sugirió la conservación de las ganancias del tratamiento, aunque no se informó de la frecuencia del pánico. Beck y Shipherd (1997) también encontraron un efecto positivo de inhalaciones repetidas de CO_2, aunque su efecto en la agorafobia fue menor (Beck, Shipherd y Zebb, 1997). Broocks y colaboradores (1998) compararon los efectos del ejercicio (que incluía contacto de apoyo

con el terapeuta una vez a la semana) con el uso de clomipramina o un placebo durante 10 semanas. El grupo de ejercicio fue entrenado para correr cuatro millas tres veces por semana. A pesar del elevado abandono de la condición de ejercicio (31%), éste fue más eficaz que la condición con el placebo, aunque la clomipramina fue superior al ejercicio.

En la primera comparación con otros tratamientos cognitivos y conductuales, Barlow y colaboradores (1989) compararon relajación muscular progresiva (RMP), exposición interoceptiva, más reentrenamiento de la respiración y reestructuración cognitiva, su combinación con relajación muscular progresiva y un control por lista de espera, en una muestra con trastorno de pánico y agorafobia limitada. Las dos condiciones que involucraron exposición interoceptiva, reentrenamiento de la respiración y reestructuración cognitiva fueron significativamente superiores a las condiciones de relajación muscular progresiva y lista de espera. Los resultados se mantuvieron durante los 24 meses posteriores al término del tratamiento para el grupo que recibió exposición interoceptiva, reentrenamiento de la respiración y reestructuración cognitiva sin relajación muscular progresiva, mientras que el grupo combinado mostró una tendencia al deterioro después del tratamiento (Craske, Brown y Barlow, 1991). Como ya se mencionó, se comparó exposición interoceptiva, terapia cognitiva y exposición *in vivo* con reentrenamiento de la respiración, terapia cognitiva y exposición *in vivo* en individuos con diversos niveles de agorafobia. La condición que incluía la exposición interoceptiva fue ligeramente superior al reentrenamiento de la respiración después del tratamiento y seis meses más tarde (Craske *et al.,* 1997). De igual modo, Ito, Noshirvani, Basoghi y Marks (1996) encontraron una tendencia a que las personas que agregaron la exposición interoceptiva a la exposición *in vivo* autodirigida y reentrenamiento de la respiración tuviesen mayor probabilidad de alcanzar una mejoría de por lo menos 50% en el temor fóbico y la evitación. Sin embargo, la combinación de la enseñanza de la respiración, reentrenamiento de respiración y exposición interoceptiva repetida a la hiperventilación no aumentó la efectividad de la exposición *in vivo* para la agorafobia (de Beurs, Lang, van Dyck y Koele, 1995).

La exposición interoceptiva es ahora un componente estándar de la terapia cognitivo-conductual para el trastorno de pánico (p. ej., Barlow *et al.,* 2000; Craske, Lang, Aikins y Mystkowski, 2005), aunque los distintos grupos difieren en la importancia que dan a la exposición interoceptiva, algunos la enfatizan como medio para extinguir las respuestas de temor (Barlow y Craske, 2006), mientras que otros la ven como vehículo para rechazar las valoraciones inadecuadas (Clark, 1996).

Optimización del aprendizaje durante la exposición

La comprensión de los mecanismos de la terapia de exposición ha evolucionado con el tiempo. Una de las teorías más influyentes es la del procesamiento emocional, que enfatiza la habituación de la respuesta de temor dentro de un ensayo de exposición como un precursor de la habituación entre las sesiones de tratamiento, lo que a su vez da lugar al aprendizaje correctivo de largo plazo (Foa y Kozak, 1986; Foa y McNally, 199).

Más recientemente ha destacado la optimización del aprendizaje inhibitorio y su

recuperación de formas que no por fuerza dependen de la reducción del temor durante los ensayos de exposición (Craske *et al.,* 2008); más adelante se analiza este enfoque.

La teoría del procesamiento emocional hace hincapié en los mecanismos de habituación como precursores de la corrección cognitiva. En concreto, la teoría afirma que los efectos de la terapia de exposición se derivan de la activación de una "estructura de temor" y de la integración de la información que es incompatible con ella, lo que resulta en el desarrollo de una estructura sin temor que reemplaza o compite con la estructura original. La información incompatible se deriva en principio de la habituación que ocurre dentro de la sesión, o de la disminución en la respuesta de temor que resulta de la exposición prolongada al estímulo que provoca el miedo. Se considera que la habituación dentro de la sesión es un prerrequisito para la segunda pieza de información incompatible, que resulta de la habituación entre sesiones, se da a lo largo de ocasiones repetidas de exposición. Se considera que la habituación entre sesiones es la base del aprendizaje de largo plazo y es mediada por cambios en el "significado" o la menor probabilidad de daño (es decir, riesgo) y por la disminución en la negatividad (o valencia) del estímulo. La teoría del procesamiento emocional lleva a los clínicos a enfocarse en el aumento inicial del temor, seguido por disminuciones del miedo dentro y entre sesiones como señal del éxito del tratamiento. Aunque su validez aparente resulta convincente, el apoyo para esta teoría ha sido, en el mejor de los casos, contradictoria (Craske *et al.,* 2008; Craske, Liao, Brown y Vervliet, 2012). La evidencia sugiere que la magnitud de la habituación del temor del inicio al final de una práctica de exposición no es un buen predictor de los resultados generales, y que la evidencia a favor de la habituación entre sesiones es ambivalente (Craske *et al.,* 2008, 2012).

Puede ser útil regresar a la ciencia del aprendizaje y extinción del temor para explicar los efectos de la terapia de exposición y optimizar así su implementación. En la actualidad se cree que el aprendizaje inhibitorio es fundamental para la extinción (Bouton, 1993). Las vías inhibitorias se reconocen también en la neurobiología de la extinción del miedo (véase el trabajo de Sotres-Bayon, Cain y LeDoux, 2006). En el enfoque del condicionamiento pavloviano, el aprendizaje inhibitorio significa que la asociación original entre el estímulo condicionado y el estímulo incondicionado (EC-EI), que se aprendió durante el condicionamiento de temor, no se borra durante la extinción, sino que queda intacta a medida que se desarrolla un nuevo aprendizaje secundario sobre EC-EI (Bouton, 1993). El grado en que la asociación inhibitoria da forma a la respuesta de temor en el retest (el índice de fuerza y estabilidad del nuevo "aprendizaje") no depende de los niveles de temor expresados durante la extinción, pero sí de factores como el contexto y el tiempo.

De acuerdo con el modelo de extinción por inhibición de la recuperación, los resultados pueden ser mejorados con estrategias que no dependen de la reducción del temor dentro de un ensayo de exposición (Craske *et al.,* 2008, 2012). De hecho, la reducción del temor puede convertirse en conducta de seguridad en personas con trastorno de pánico (ya que la disminución del miedo erradica precisamente lo que es temido), por lo que una meta más apropiada puede ser mantener niveles elevados de temor y ansiedad para

refutar la expectativa de consecuencias negativas. Una posibilidad traslacional es la "extinción profunda" (Rescorla, 2006) en que primero se extinguen por separado múltiples estímulos condicionados al miedo antes de combinarlos durante la extinción, un procedimiento que, en estudios con animales, disminuye la recuperación espontánea y el restablecimiento del temor. De hecho, eso es esencialmente lo que se hace cuando se lleva a cabo la exposición interoceptiva en situaciones agorafóbicas temidas (Barlow y Craske, 1994), datos experimentales recientes apoyan los efectos benéficos de la extinción profundizada en estudios de condicionamiento con seres humanos (Culver, Vervliet y Craske, en prensa).

Además, los efectos de la terapia de exposición pueden ser mejorados si se impiden o eliminan las "señales" o "conductas" de seguridad. En pacientes con trastorno de pánico las señales y conductas de seguridad comunes son la presencia de otra persona, terapeutas, medicamentos y comida o bebida. La literatura experimental muestra que las señales de seguridad alivian el malestar en el corto plazo, pero que el temor regresa cuando dichas señales desaparecen (Lovibond, Davis y O'Flaherty, 2000), un efecto que puede deberse en parte a la interferencia con el desarrollo de asociaciones inhibitorias. En muestras fóbicas, se ha demostrado que la disponibilidad y uso de señales y conductas de seguridad pueden ser perjudiciales para la terapia de exposición (Sloan y Telch, 2002), mientras que las instrucciones para abstenerse de su uso mejoran los resultados (Salkovskis, 1991). De igual modo, el uso de señales de seguridad se asoció con resultados más pobres para el pánico (Helbig-Lang y Petermann, 2010). Sin embargo, datos recientes han presentado hallazgos contradictorios (Rachman, Shafran, Radomsky y Zysk, 2011).

Otras opciones incluyen la variabilidad del estímulo durante la exposición, toda vez que se ha demostrado que la variabilidad mejora la capacidad de almacenamiento de la información recién aprendida. Dos estudios con análogos clínicos han demostrado resultados positivos en términos de la recuperación espontánea (Lang y Craske, 2000; Rowe y Craske, 1998), mientras que un tercer estudio mostró sólo tendencias (Kircanski *et al.,* 2011). En el tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia implica realizar la exposición con duraciones variables y diferentes niveles de intensidad en lugar de continuar la exposición en una situación hasta que disminuya el temor antes de avanzar a la siguiente situación.

En particular, dicha variabilidad suele provocar niveles más elevados de ansiedad durante la exposición, pero sin efectos nocivos y, en ocasiones, con efectos benéficos en el largo plazo.

Con base en la evidencia de que la extinción del temor es debilitada por antagonistas de los receptores de glutamato en la amígdala, Walker y Davis (2002) demostraron, en estudios con animales, que los agonistas del fármaco en los mismos receptores, y en particular la D-cicloserina, mejoran la extinción. En un metaanálisis sobre la eficacia de la D-cicloserina para los trastornos de ansiedad, Norberg, Krystal y Tolin (2008) reportaron tamaños del efecto de $d = 0.60$ en el postratamiento y de 0.47 en un seguimiento en muestras clínicas de ansiedad. La combinación de D-cicloserina con exposición

interoceptiva, comparada con la combinación de exposición y placebo produjo, en pacientes con pánico, una mayor reducción en la gravedad del síntoma y una mayor probabilidad de obtener un cambio en la condición clínica durante el postratamiento y en un seguimiento al mes (Otto *et al.,* 2010). En especial, se ha demostrado que la D-cicloserina tiene efectos positivos sin influir en el nivel del temor durante la exposición *per se.*

Se han probado distintas opciones para mejorar la recuperación de la memoria de extinción. Una opción es incluir en el entrenamiento de extinción señales que pueden usarse en otros contextos una vez que ésta termina. Esto ha demostrado ser efectivo en estudios con animales y estudios de condicionamiento en humanos (para una revisión vea el trabajo de Craske, 2012). En muestras clínicas análogas, los efectos de la señal de recuperación en la renovación del contexto fueron muy débiles en un estudio (Culver *et al.,* 2012), aunque en otro se encontraron efectos más robustos de las instrucciones para restaurar mentalmente lo que se aprendió durante la exposición (Mystkowski, Craske, Echiverri y Labus, 2006). En el tratamiento del trastorno de pánico este enfoque sugiere simplemente que los clientes lleven consigo señales (p. ej., muñequeras) que les recuerden lo que aprendieron durante la terapia de exposición (siempre que las señales no se conviertan en señales de seguridad), o que se les pida recordar lo que aprendieron en la terapia de exposición, cada vez que experimenten sensaciones o situaciones a las que antes temían.

Otra opción es proporcionar contextos múltiples en los que tenga lugar la extinción. Se ha demostrado que este enfoque compensa la renovación del contexto en muestras de roedores y en un estudio clínico análogo de la terapia de exposición (Vansteenwegen *et al.,* 2007), aunque los resultados no siempre son congruentes (Neumann, Lipp y Cory, 2007). En el tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia esto significaría pedir a los clientes que realicen las exposiciones interoceptiva e *en vivo* en contextos diferentes, por ejemplo, cuando están solos, en lugares desconocidos, a diversas horas del día o en distintos días de la semana.

Un (re)descubrimiento reciente es que la recuperación de memorias ya almacenadas induce un proceso de reconsolidación (Nader, Schafe y Le Doux, 2000), ya que la memoria vuelve a escribirse en la memoria de largo plazo, lo que requiere de nuevo de procesos neuroquímicos. Por ende, es posible modificar las memorias durante el marco temporal de la reconsolidación luego de la recuperación. Se ha demostrado que el propranolol, un β-bloqueador, bloquea la reconsolidación de las memorias, y Debiec y Le Doux (2004) encontraron que las infusiones de propranolol bloquean la reconsolidación de una memoria EC-EI formada previamente y dan lugar al borrado de la respuesta de temor y a la resistencia a los efectos de restauración. Esto sugiere que aplicar propranolol luego de la recuperación puede ser una herramienta clínica útil y, de hecho, tales efectos fueron reproducidos en dos estudios de condicionamiento de temor con personas sanas (Kindt, Soeter y Vervliet, 2009; Soeter y Kindt, 2010). Sin embargo, los efectos no han sido probados en el contexto de la terapia de exposición para el trastorno de pánico.

Papel de la aceptación durante la exposición

Las habilidades cognitivas y somáticas de afrontamiento son fundamentales para la terapia cognitivo-conductual, se enseñan para facilitar y mejorar la terapia de exposición. Enfoques más recientes que exploran la aceptación y defusión cognitiva (p. ej., terapia de aceptación y compromiso; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) han ido ganando interés, en especial por la evidencia de que la evitación experiencial es un correlato de la psicopatología ansiosa y que, en individuos con trastorno de pánico, la aceptación incrementa la disposición a experimentar y disminuye el malestar emocional por los síntomas de ansiedad inducida (p. ej., Campbell-Sills *et al.,* 2006; Eifert y Heffner, 2003), por ejemplo, mediante la inhalación de CO_2 (Levitt *et al.,* 2004). Curiosamente, el enfoque de aceptación es congruente con la formulación de exposición interoceptiva, en que se anima a los pacientes a experimentar sensaciones físicas temidas sin tratar de disminuirlas o de pensar en ellas de modo diferente en el momento de la exposición. Recientemente se amplió este modelo de la aceptación durante la exposición interoceptiva a la aceptación durante la exposición *en vivo* en una prueba abierta de 11 pacientes con trastorno de pánico (Meuret, Twohig, Rosenfield, Hayes y Craske, 2012). En general, las exposiciones fueron una oportunidad para que los pacientes se comportaran **con** sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales relacionadas con el pánico; en otras palabras, se les alentó a darse cuenta de que podían buscar y alcanzar sus metas de vida, incluso en presencia de experiencias internas desagradables.

Para ese fin, se afirmó explícitamente que el nivel de ansiedad o temor no era el factor determinante. Se explicó que "la disposición puede hacer cosas sorprendentes con las experiencias internas de la persona. Si uno está dispuesto a experimentar ansiedad, ésta puede o no presentarse. De modo que no se debe juzgar el éxito de esas exposiciones por lo elevada que llega a ser la ansiedad, sino por lo abierto que se está a lo que pudiera aparecer". Con el objeto de hacer una buena planeación tanto de la exposición interoceptiva (es decir, provocar sensaciones de pánico como un corazón acelerado o falta de aliento) como de la exposición *en vivo* (es decir, buscar lugares y situaciones que uno evitaba por miedo a las sensaciones de pánico), se elaboró una jerarquía que iba de los elementos que menos a los que más ansiedad provocaban. El ascenso no se basaba en que la ansiedad hubiera disminuido en el paso anterior, sino en la disposición a experimentar experiencias internas relacionadas con el pánico. Durante las exposiciones, se alentó a los pacientes a mantener una actitud abierta, no crítica, hacia los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales que surgieran en un momento dado, a experimentarlos por lo que eran y a avanzar hacia ellos mientras se sentían ansiosos. El tratamiento se asoció con mejoras clínicamente significativas en la gravedad del síntoma de pánico, la disposición a permitir la ocurrencia de las experiencias internas y en las disminuciones de la conducta de evitación. En otro estudio con una muestra con el trastorno mixto de ansiedad se encontraron muy pocas diferencias en los resultados de la terapia de aceptación y compromiso (Hayes *et al.,* 1999) y la terapia cognitivo-conductual, a pesar de que los tratamientos fueron igualados en la cantidad de tiempo dedicada a la terapia de exposición, aunque se enmarcó de manera diferente para cada

condición (Arch *et al.,* 2012). De modo que hasta la fecha, los datos sugieren la eficacia tanto del enfoque de afrontamiento de la terapia cognitiva como del enfoque de exposición con base en la aceptación.

EFICACIA GENERAL DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Una cantidad considerable de investigaciones han evaluado la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el trastorno de pánico y agorafobia. Esta terapia involucra la mayoría de los componentes mencionados, arroja tasas libres de pánico en el rango de 70 a 80% y tasas altas de estado final (es decir, dentro de los rangos normativos de funcionamiento) en el rango de 50 a 79% para el trastorno de pánico con agorafobia mínima (p. ej., Barlow *et al.,* 1989; Clark *et al.,* 1994). Aunque en ocasiones se asocia la evitación agorafóbica con una respuesta menos positiva (p. ej., Dow *et al.,* 2007), el tamaño total del efecto intragrupo del cambio en el trastorno de pánico y agorafobia del pre al postratamiento es muy grande (p. ej., tamaño del efecto = 1.53; Norton y Price, 2007). Además, el tamaño del efecto entre grupos es considerable en comparación con las condiciones de lista de espera (p. ej., tamaño del efecto = 0.64; Haby, Donnelly, Corry y Vos, 2006). Sin embargo, se requieren más investigaciones que comparen la terapia cognitivo-conductual con condiciones alternativas de tratamiento activo.

La efectividad se extiende a clientes que experimentan ataques de pánico nocturnos (Craske, Lang *et al.,* 2005). Además, esta terapia produce mejorías en las tasas de trastornos comórbidos de ansiedad y del estado de ánimo (p. ej., Craske *et al.,* 2007; Tsao, Mystkowksi, Zucker y Craske, 2005), aunque un estudio sugirió que los beneficios para las condiciones comórbidas pudieron disminuir con el tiempo cuando se les evaluó dos años más tarde (Brown *et al.,* 1995). Por último, las aplicaciones de la terapia cognitivo-conductual disminuyeron las tasas de recaídas luego de la suspensión de benzodiacepinas de alta potencia (p. ej., Spiegel, Bruce, Gregg y Nuzzarello, 1994). Los efectos de la terapia cognitivo-conductual se mantienen al paso del tiempo, como indican los metaanálisis que muestran poco cambio (es decir, mantenimiento de los efectos del tratamiento) del postratamiento al seguimiento (tamaño del efecto = 0.12; Norton y Price, 2007). A partir de la revisión de metaanálisis de la terapia cognitivo-conductual para todos los trastornos, Butler, Chapman, Forman y Beck (2006) concluyeron que la evidencia a favor de la conservación de las ganancias del tratamiento era particularmente fuerte para el trastorno de pánico, en que la tasa de recaídas era casi la mitad que la que seguía a la farmacoterapia. La participación de otras personas significativas en cada aspecto del tratamiento para la agorafobia (p. ej., Cerny *et al.,* 1987) facilita la continuación de la mejoría después del tratamiento agudo. Además, las sesiones de refuerzo mejoran los resultados de largo plazo (Craske *et al.,* 2006).

Los datos sobre la eficacia en escenarios de investigación son complementados con datos de efectividad en escenarios reales de atención primaria. En un ensayo con control aleatorio en escenarios de atención primaria con terapeutas novatos, la terapia cognitivo-conductual, combinada con recomendaciones de expertos para un régimen de medicamentos, fue más eficaz que el tratamiento usual (Roy-Byrne, Craske *et al.,* 2005). Los efectos parecieron deberse más a la terapia cognitivo-conductual que a la medicación (Craske, Golinelli *et al.,* 2005). El estudio más reciente de CALM (Craske *et al.,* 2011) demostró la efectividad de la terapia cognitivo-conductual, en comparación con el

tratamiento usual, para el trastorno de pánico en escenarios de atención primaria realizada por terapeutas inexpertos que contaban con la ayuda de una guía computarizada y recomendaciones de expertos para medicamentos.

Si bien la terapia cognitivo-conductual para el trastorno de pánico y agorafobia es eficaz y efectiva, queda espacio para mejorar. Un estudio calculó que 30% de los pacientes siguen funcionando mal durante el seguimiento y que sólo 48% alcanza un estado final elevado (Brown y Barlow, 1995). En un estudio trascendental (Barlow *et al.,* 2000), apenas 32% de los pacientes con trastorno de pánico asignados a la terapia cognitivo-conductual mostraron una fuerte respuesta al tratamiento, 12 meses después del tratamiento agudo. Por último, de quienes empiezan el tratamiento, la tasa promedio de abandono es de 19%, con un rango de 0 a 54% (Haby *et al.,* 2006).

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO: PROTOCOLO

A continuación se presenta una descripción de 12 sesiones de terapia cognitivo-conductual para el trastorno de pánico y agorafobia adaptada al caso de Julie. Por supuesto, el grado en que se enfatizan los diversos componentes del tratamiento varía según la evaluación funcional realizada para cada paciente.

Resumen

El propósito básico del protocolo de tratamiento es influir directamente en las valoraciones catastróficas inadecuadas y la evitación de sensaciones corporales y situaciones agorafóbicas. Para tal fin, se proporciona primero información precisa sobre la respuesta de lucha o huida. Al ofrecer dicha información se enseña a los pacientes que las sensaciones que experimentan son normales e inofensivas. Segundo, el tratamiento pretende enseñar una serie de habilidades para desarrollar valoraciones con base en la evidencia, en relación con las sensaciones corporales y situaciones agorafóbicas. Al mismo tiempo, se proporciona información específica concerniente a los efectos de la hiperventilación y su papel en los ataques de pánico y, si se considera necesario, se ofrece práctica en el reentrenamiento de la respiración. Luego, el punto crucial del tratamiento involucra la exposición repetida a las señales internas y situaciones agorafóbicas temidas.

Sesión 1

Las metas de la sesión 1 son describir el temor y la ansiedad; ayudar al paciente a entender las influencias cíclicas entre respuestas conductuales, fisiológicas y cognitivas; comprender que los síntomas del ataque de pánico no son dañinos; y empezar la autosupervisión si es que no empezó ya en la evaluación inicial. La terapia empieza con la identificación de los patrones de ansiedad y las situaciones en que es probable que ocurran la ansiedad y los ataques de pánico. A muchos pacientes les resulta difícil identificar antecedentes específicos y reportan que el pánico puede ocurrir casi en cualquier momento. Los terapeutas ayudan a los pacientes a identificar los desencadenantes internos, específicamente cogniciones verbales negativas, imaginería catastrófica y sensaciones físicas. En el caso de Julie se dio el siguiente intercambio:

TERAPEUTA: ¿En qué situaciones es más probable que sienta pánico?

JULIE: En restaurantes con mucha gente y cuando manejo en la autopista. En ocasiones voy manejando, sintiéndome bien, cuando de repente ataca. Otras veces puedo estar sentada en casa, sintiéndome muy relajada cuando inicia de golpe. Es cuando de verdad me asusta porque no puedo explicarlo.

TERAPEUTA: Bien, ¿qué es lo primero que le indica que está a punto de presentarse el pánico cuando maneja por la autopista?

JULIE: Bueno, parece que los otros carros se mueven muy lentamente… Es como si

estuviera soñando.

TERAPEUTA: ¿Y qué es lo primero que nota cuando está en casa?

JULIE: Una sensación de irrealidad, como si estuviera flotando.

TERAPEUTA: ¿Y qué le dice eso? ¿Cuál es el factor común que inició esos dos ataques de pánico?

JULIE: ¿La sensación de que las cosas son irreales? ¡Caracoles!, siempre pensé que mis sensaciones físicas eran el ataque de pánico, pero quizá son lo que inician el ataque.

A continuación se introdujo el modelo del sistema de tres respuestas para describir y entender la ansiedad y el pánico. Este modelo contribuye a una autoconciencia personal objetiva -a convertirse en un científico personal- proporciona la base de un marco conceptual alternativo para la explicación del pánico y la ansiedad que reemplace las suposiciones erróneas del paciente. Se pide a los pacientes que describan los aspectos cognitivos, fisiológicos y conductuales de su respuesta, que identifiquen las cosas que **sienten, piensan** y **hacen** cuando están ansiosos y asustados. Como se describió antes, se destacan las diferencias entre los perfiles de respuesta de ansiedad y pánico. Después de que captan la idea de tres respuestas que son parcialmente independientes, se describen las interacciones entre los sistemas de respuesta. Se pide al paciente que describa los componentes del sistema de tres respuestas en un ataque de pánico reciente y que identifique cómo interactuaron para producir un malestar exacerbado. Por ejemplo:

TERAPEUTA: ¿Cómo describiría las tres partes del ataque de pánico que tuvo en casa la semana pasada?

JULIE: Bueno, físicamente sentía la cabeza muy ligera y mis manos estaban húmedas. Pensé que iba a morir o que me disolvería en la nada. Mi conducta fue tumbarme y llamar a mi esposo.

TERAPEUTA: Muy bien es una buena descripción de sus pensamientos, sensaciones físicas y conductas. Veamos ahora la secuencia de eventos. ¿Qué fue lo primero que advirtió?

JULIE: Cuando me paré empecé a sentir la cabeza muy rara, como si girara por dentro.

TERAPEUTA: ¿Cuál fue su siguiente reacción a esa sensación?

JULIE: Me aferré a la silla. Pensé que algo andaba mal. Creí que podría empeorar y que tendría un colapso.

TERAPEUTA: De modo que empezó con una sensación física y luego tuvo algunos pensamientos muy específicos acerca de esas sensaciones ¿Qué sucedió después?

JULIE: Me sentí muy ansiosa

TERAPEUTA: ¿Y después?

JULIE: Bueno, el mareo parecía ir cada vez peor. Me preocupó que fuese diferente de cualquier otra experiencia que hubiera tenido. Estaba convencida de que éste era “el ataque”

TERAPEUTA: Entonces se sintió más ansiosa y se intensificaron las sensaciones físicas y los pensamientos de que algo malo iba a suceder ¿Qué hizo luego?

JULIE: Llamé a mi esposo y me acosté en la cama hasta que llegó. Fue horrible.

TERAPEUTA: ¿Puede ver cómo se creó un ciclo en que una cosa se alimentaba de otra? ¿Se da cuenta de que empezó con una sensación, luego algunos pensamientos ansiosos, después el sentimiento de ansiedad, luego más sensaciones y más pensamientos y más miedo, etcétera?

A continuación, se empezaron a abordar brevemente las razones por las que empezaron los ataques de pánico. Se informa a los pacientes que no es necesario entender las razones por las que empezaron a sentir pánico para beneficiarse del tratamiento porque los factores involucrados en el inicio no necesariamente son los mismos que los que participan en el mantenimiento del problema. No obstante, se describe el ataque inicial de pánico como una manifestación de ansiedad o estrés. Se exploran con el paciente los estresores presentes en el momento del primer ataque de pánico, sobre todo en términos de cómo podrían haber elevado los niveles de activación física y preparado ciertos esquemas cognitivos cargados de peligro.

El terapeuta también describe brevemente la fisiología que subyace a la ansiedad y pánico, y los mitos sobre lo que podrían significar las sensaciones físicas. Los principales conceptos que se cubren en esta fase informativa son: (1) el valor de supervivencia o función protectora de ansiedad y pánico; (2) la base fisiológica de las distintas sensaciones experimentadas, así como la función de supervivencia de la fisiología subyacente; y (3) el papel de ciertos temores específicos aprendidos, y cognitivamente mediados, hacia algunas sensaciones corporales. Se explica también el modelo de pánico que se describió en este capítulo. En particular, se presentan los conceptos de valoraciones inadecuadas y condicionamiento interoceptivo como explicación de los ataques de pánico que ocurren inesperadamente, disparados por las sutiles señales internas o sensaciones físicas que pueden ocurrir en cualquier momento. Esta información no sólo disminuye la ansiedad al reducir la incertidumbre sobre los ataques de pánico, sino que también aumenta la credibilidad de los procedimientos de tratamiento posteriores. Esta información se detalla en un manual que se proporciona al paciente para que lo lea la siguiente semana (para conocer el manual, consulte el trabajo de Barlow y Craske, 2006).

Esta información fue muy importante para Julie porque la incapacidad de explicar sus ataques de pánico era una fuente importante de malestar. A continuación se presentan algunas de las preguntas que hizo en su intento de comprender mejor.

JULIE: Bueno, si lo entiendo correctamente, usted me dice que mis ataques de pánico son iguales al temor que sentí la vez que encontré un ladrón en nuestra casa. Pero no se siente lo mismo.

TERAPEUTA: Si, esos dos estados emocionales -un ataque de pánico inesperado y el miedo al enfrentarse con un ladrón- son esencialmente lo mismo. Sin embargo, en el caso del ladrón, ¿en qué tenía enfocada su atención, en el ladrón o en lo que sentía?

JULIE: En el ladrón, por supuesto. Aunque sentí que mi corazón corría una milla por

minuto.

TERAPEUTA: Y cuando tiene un ataque de pánico, ¿en qué concentra su atención, en la gente que la rodea o en lo que está sintiendo?

JULIE: Bueno, principalmente en lo que estoy sintiendo, aunque depende de dónde me encuentre en ese momento.

TERAPEUTA: Preocuparse por lo que sucede en el interior puede dar lugar a un tipo de experiencia muy distinta a la preocupación por el ladrón, aunque la respuesta fisiológica que ocurre es básicamente la misma. Por ejemplo, recuerde nuestra descripción de la forma en que el miedo a las sensaciones puede intensificarlas.

JULIE: Lo entiendo. Pero ¿qué hay acerca de las sensaciones de irrealidad? ¿Cómo pueden ser protectoras o como puede ayudarme la sensación de irrealidad a lidiar con una situación peligrosa?

TERAPEUTA: Muy bien, recuerde que lo que protege son los eventos fisiológicos, no las sensaciones. Estas son sólo el resultado final de esos eventos. Ahora bien, las sensaciones de irrealidad pueden ser causadas por cambios en su flujo sanguíneo o su cerebro (aunque no de manera peligrosa), o por la hiperventilación, o porque se concentra demasiado en lo que ocurre en su interior. Entonces, la sensación de irrealidad puede no ser protectora, pero sí lo son los cambios en su flujo sanguíneo y en su respiración.

JULIE: Entiendo que puedo provocar un ataque de pánico al temer a mis sensaciones físicas, como mi corazón acelerado o la sensación de irrealidad. Pero a veces ocurre tan rápido que no tengo tiempo de pensar.

TERAPEUTA: Así es, esas reacciones pueden ocurrir muy rápidamente, a veces de modo automático. Recuerde que estamos preparados para reaccionar de inmediato a las cosas que creemos que son peligrosas. Imagine que camina por un callejón oscuro y que tiene motivos para creer que un asesino acecha en algún lugar de la oscuridad. En esas condiciones, estaría extremadamente atenta a cualquier señal, cualquier sonido o cualquier vista de otra persona. Si caminara por el mismo callejón y estuviese segura de que no hay asesinos, tal vez no escucharía o detectaría las mismas señales que detectó en el primer caso. Ahora traslademos eso al pánico: el asesino en el callejón oscuro es el ataque de pánico, y las señales, sonidos y olores son las sensaciones físicas que usted cree que indican la posibilidad de un ataque de pánico. Dada la gran sensibilidad a los síntomas físicos que señalan un ataque de pánico, es probable que usted advierta los “ruidos” normales de su cuerpo que no advertiría de otra forma, y que en ocasiones esos “ruidos” de inmediato le provoquen temor. En otras palabras, a menudo puede advertir esas sensaciones porque les presta atención.

A continuación se describió y demostró el método de automonitoreo mediante una práctica de llenado del Registro de Ataques de Pánico durante la sesión. A Julie le preocupaba que el automonitoreo aumentara su malestar al recordarle precisamente lo que temía (el pánico y la sensación de irrealidad). El terapeuta le aclaró la diferencia entre autorregistro objetivo y subjetivo y le explicó que el malestar disminuiría en la

medida que Julie perseverara con el automonitoreo.

La tarea para esta sesión fue supervisar diariamente los ataques de pánico, la ansiedad y el estado de ánimo, y leer el manual. De hecho, se alienta a los pacientes a que relean el manual y que se involucren activamente marcando o señalando en el manual las secciones más relevantes para la persona o las áreas que deban ser aclaradas, porque el esfuerzo mejora la retención a largo plazo del material aprendido. Por supuesto, en algunos pacientes la lectura del material dirige su atención a las cosas a las que temen (igual que con la autosupervisión). En este caso, los terapeutas pueden discutir el papel de la evitación y la forma en que, con lecturas repetidas, es más probable que los niveles de malestar disminuyan.

Al final de la sesión Julie se puso de repente muy ansiosa. Se sentía incapaz de tolerar los procedimientos del tratamiento o su anticipación de los mismos. Se mostró muy inquieta en el consultorio y reportó sensaciones de irrealidad. Abrió la puerta del consultorio para encontrar a su esposo que esperaba fuera. El terapeuta la ayudó a entender cómo había surgido el ciclo de pánico justo en ese momento: (1) el detonante fue la descripción del tratamiento -tener que enfrentar en algún momento las sensaciones y situaciones temidas; (2) esto provocó ansiedad porque Julie creía que no podía afrontar las exigencias del tratamiento, que le causaría tanta ansiedad que podría "volverse loca" y perder para siempre el contacto con la realidad, o que no mejoraría nunca porque no podía tolerar el tratamiento; (3) la ansiedad que mostró en el consultorio provocó sensaciones de irrealidad y de corazón desbocado; (4) Julie comenzó a mostrar preocupación por la posibilidad de sentir pánico y perder el contacto con la realidad en los siguientes minutos; (5) entre más ansiosa se sentía y más fuertes eran sus intentos por escapar y encontrar seguridad, más intensas se volvían las sensaciones físicas; y (6) la mujer sentía alivio cuando se encontraba con su esposo porque su presencia le confirmaba que estaría a salvo. A Julie se le aseguró que el tratamiento avanzaría a un paso con el que se sentiría cómoda, pero al mismo tiempo se le ayudó a entender que el profundo malestar que le causaba la sensación de irrealidad sería el objetivo preciso de este tipo de tratamiento, avalando por ende la relevancia de este tratamiento para ella.

Se le tranquilizó también por la reestructuración cognitiva preliminar de la probabilidad de perder de manera permanente el contacto con la realidad. Después de una larga consideración, Julie mostró mayor receptividad al tratamiento. Se acordó trabajar en equipo en la planeación y progreso del tratamiento, por lo que la paciente no se sentiría obligada a hacer cosas que no pensaba que podría hacer.

Sesión 2

Las metas de esta sesión son empezar el desarrollo de una jerarquía de situaciones agorafóbicas y habilidades de afrontamiento mediante el reentrenamiento de la respiración y reestructuración cognitiva. La jerarquía individualizada comprende situaciones que van de ansiedad leve a moderada, hasta ansiedad extrema. Esas situaciones se convierten en la base de la exposición gradual *en vivo*. Aunque los ejercicios de exposición *en vivo* se programan para empezar hasta la Sesión 4, la

jerarquía se introduce de modo que las habilidades de reestructuración cognitiva puedan practicarse en relación con cada situación de la jerarquía antes de que empiece la exposición *en vivo*. Además, la jerarquía será perfeccionada como resultado de la práctica de reestructuración cognitiva porque ésta destaca características específicas de las situaciones agorafóbicas que más ansiedad provocan.

Se pidió a Julie que desarrollara una jerarquía durante la siguiente semana. Expresó algunas dudas de poder cumplir, por sí sola, alguno de los elementos de su jerarquía. El terapeuta la ayudó pidiéndole que pensara en cualquier situación de su vida que hubiera sido difícil, pero que se hubiera facilitado con la práctica. Julie recordó lo ansiosa que se ponía cuando empezó a trabajar con clientes en el negocio de su esposo, y la forma en que la incomodidad disminuyó con el tiempo. Se usó esto para ayudar a que se diera cuenta de que podría suceder lo mismo con las situaciones que aparecían en su jerarquía. La jerarquía final de Julie incluía las siguientes situaciones: conducir sola del trabajo a casa; sentarse en un cine abarrotado; pasar dos horas sola en casa durante el día; estar sola en casa al anochecer; manejar por calles exteriores a casa de su hermano (5 km); conducir sola dos salidas en la autopista 444; conducir cuatro salidas en la autopista 444; conducir sola por la autopista a casa de su hermano. Luego tuvo que repetir todas esas tareas sin llevar consigo el Klonopín y sin conocer la ubicación de su esposo.

En esta sesión también empezó el reentrenamiento de la respiración. Se pide a los pacientes que hiperventilen voluntariamente, poniéndose de pie y respirando rápido y profundo, como si inflaran un globo, durante un minuto y medio. Con instigación y apoyo del terapeuta los pacientes a menudo logran completar el minuto y medio, luego de lo cual se les pide que se sienten, cierren los ojos y respiren muy lentamente, haciendo una pausa al final de cada respiración, hasta que los síntomas hayan desaparecido. La experiencia se discute luego en términos del grado en que se produjeron síntomas similares a los que suelen ocurrir durante la ansiedad o el pánico. Entre 50 y 60% de los pacientes afirman que los síntomas de la hiperventilación son muy similares a los de sus ataques de pánico. Sin embargo, la semejanza de los síntomas se confunde a menudo con la similitud de la ansiedad. Como el ejercicio se realiza en un entorno seguro y los síntomas tienen una causa evidente, la mayoría de los pacientes afirman que la experiencia provoca menos ansiedad de lo que sucedería si los síntomas hubiesen ocurrido de forma natural. Es importante hacer esta distinción porque demuestra la importancia de la seguridad percibida para el grado de ansiedad experimentada. Julie consideró que el ejercicio de hiperventilación le provocaba mucha ansiedad (8 en una escala de 0 a 10 puntos), e indicó que los síntomas eran muy similares a sus síntomas de pánico (6 en una escala de 0 a 10 puntos). Terminó la tarea luego de aproximadamente 40 segundos en anticipación de la experiencia de un ataque de pánico completo. El terapeuta y Julie discutieron esta experiencia en términos de los sistemas de tres respuestas y el papel de las valoraciones inadecuadas y el condicionamiento interoceptivo descritos en las sesiones previas.

Más adelante se informó brevemente a Julie acerca de las bases fisiológicas de la hiperventilación (vea el trabajo de Barlow y Craske, 2006). Como antes, la meta de la

presentación didáctica fue atenuar las malas interpretaciones de los peligros de respirar demasiado rápido y proporcionar información factual en la cual pudiera basarse al cuestionar activamente las malas interpretaciones. El contenido educativo se adapta al nivel educativo del paciente y se cubre sólo en la medida que sea relevante para él.

En el siguiente paso, el terapeuta inicia el reentrenamiento de la respiración, que empieza enseñando a los pacientes a basarse más en el diafragma (el abdomen) que en los músculos del pecho. Además, se les instruye para concentrarse en su respiración contando en las inhalaciones y pensando en la palabra "relax" en las exhalaciones. (En la tercera sesión se introduce la respiración lenta). Los terapeutas modelan los patrones sugeridos de respiración y ofrecen luego a los paciente retroalimentación correctiva mientras practican en el entorno del consultorio.

(Note que el reentrenamiento de la respiración con la ayuda de la capnometría utiliza un método distinto de reentrenamiento de la respiración que se basa en elevar los niveles en sangre de CO_2 por medio de retroalimentación).

Las reacciones iniciales al ejercicio de respiración pueden ser negativas para los pacientes que temen a las sensaciones respiratorias porque dirige su atención a la respiración. También puede ser difícil para los pacientes que hiperventilan y para aquellos cuya sintomatología respiratoria es incrementada al principio por cualquier interrupción de los patrones habituales de respiración. En ambos casos, es aconsejable continuar la práctica y confirmar a los pacientes que sensaciones como la falta de aire no son dañinas. La meta es usar el entrenamiento de habilidades respiratorias para alentar la aproximación continua a la ansiedad y a las situaciones que la generan. En ocasiones los pacientes cometen el error de considerar al reentrenamiento de la respiración como una forma de aliviarse de los síntomas que los aterran, cayendo así en la trampa de temer las consecuencias funestas si no logran corregir su respiración. Eso fue lo que sucedió en el caso de Julie:

JULIE: Bien, ¿todo lo que tengo que hacer es respirar más lentamente y entonces todo estará bien?

TERAPEUTA: Hacer más lenta su respiración ciertamente la ayudará a disminuir los síntomas físicos que siente, pero no estoy seguro de a qué se refiere cuando pregunta si todo estará bien.

JULIE: Que respirar apropiadamente impedirá que pierda contacto con la realidad, que no voy a desaparecer.

TERAPEUTA: El reentrenamiento respiratorio la ayudará a regular su respiración, lo que puede disminuir los síntomas físicos, incluyendo la sensación de irrealidad. Pero su pregunta es la razón del siguiente paso del tratamiento que consiste en la habilidad de cambiar su forma de pensar, de modo que pueda darse cuenta de que la sensación de irrealidad no es una señal de una pérdida real de contacto con la realidad y de desaparición.

La tarea consiste en practicar la respiración diafragmática por lo menos durante 10

minutos, dos veces al día en ambientes relajantes.

En esta sesión el terapeuta introduce la reestructuración cognitiva y explica que cualquiera comete errores en el pensamiento cuando está ansioso, lo que ayuda al paciente a esperar que su pensamiento esté distorsionado. Se informa a los pacientes que esas distorsiones tienen una función adaptativa: las posibilidades de sobrevivir son mayores si se percibe que el peligro es probable y merece atención en lugar de minimizarlo. Por consiguiente, la ansiedad lleva a juzgar que los sucesos amenazantes son más probables e intimidatorios de lo que en realidad son. Sin embargo, en el caso del trastorno de pánico, son innecesarias las distorsiones cognitivas porque no hay amenaza real.

Posteriormente, se enseña a los pacientes a tratar sus pensamientos no como hechos, sino como hipótesis o conjeturas. Se les explican también las nociones de pensamiento automático y predicciones discretas para enfatizar la necesidad de convertirse en un observador sagaz de las afirmaciones que uno suele hacerse en cada situación. Esto da lugar a la "técnica de la flecha hacia abajo" para identificar predicciones específicas hechas en cualquier momento dado, como se muestra con Julie.

TERAPEUTA: ¿Qué le asustó acerca de la sensación de desconexión la noche anterior en el cine?
JULIE: Fue esa sensación horrible.
TERAPEUTA: ¿Qué la hace tan horrible?
JULIE: No puedo tolerarla.
TERAPEUTA: ¿Qué la hace pensar que no puede tolerarla? ¿Qué le hace la sensación de desconexión que la hace pensar que es horrible e intolerable?
JULIE: Puede volverse tan intensa que me abruma.
TERAPEUTA: ¿Y que podría sucederle si la abruma?
JULIE: Me sentiría tan mal que perdería contacto con la realidad.
TERAPEUTA: ¿Qué le hace pensar que perdería contacto con la realidad?
JULIE: Que estaría para siempre en un estado mental diferente, que no podría regresar nunca a la realidad. Que estaría tan loca que tendrían que sacarme del cine y llevarme a un hospital mental y encerrarme para siempre.

Afirmaciones tan generales como "Me siento terrible, algo malo podría suceder" son insuficientes, no terapéuticas y pueden aumentar la ansiedad en virtud de su naturaleza global y no directiva. En cambio, el detalle en el contenido del pensamiento como, "Me da miedo sentirme muy ansiosa mientras manejo, podría perder el control del volante, salir de la carretera y morir" permite la reestructuración cognitiva posterior.

El análisis del contenido ansioso del pensamiento arroja dos factores amplios que se conocen como "riesgo" y "valencia", dos tipos principales de errores cognitivos que son descritos a los pacientes. El riesgo se traduce en el hecho de que los pacientes sobreestiman o saltan a conclusiones, por considerar que los eventos negativos son probables cuando en realidad es improbable que ocurran. Se pide al paciente que

identifique los casos de sobreestimación a partir de los incidentes de ansiedad y pánico ocurridos en las dos semanas anteriores. "¿Puede recordar los eventos que mientras estaba en pánico consideraba que seguramente ocurrirían y que al final se percató de que no habían sucedido?" Por lo regular, los pacientes pueden identificar dichos sucesos con facilidad, pero con protestas, por ejemplo.

JULIE: Bueno, en varias ocasiones pensé que esta vez de verdad iba a perder la cordura… que enloquecería y que jamás regresaría a la realidad. En realidad eso nunca ocurrió, **pero** podría suceder.
TERAPEUTA: ¿Por qué cree que todavía podría suceder?
JULIE: Parte de mi siente que siempre me las he arreglado para escapar justo a tiempo, sea saliendo de la situación, con la ayuda de mi esposo o resistiendo lo suficiente para que pase esa sensación. Pero ¿qué tal si la próxima vez no puedo resistir?
TERAPEUTA: Con lo que ahora sabe sobre la forma en que pensamos cuando nos sentimos ansiosos, ¿podría clasificar como sobreestimaciones las ideas que acaba de expresar, de "resistir" o "escapar justo a tiempo"?
JULIE: Supongo que me está diciendo que siempre podré resistir o escapar justo a tiempo.
TERAPEUTA: Más bien que usted siente la necesidad de resistir o de escapar porque está sobreestimando la probabilidad de enloquecer y no poder regresar nunca a la realidad.
JULIE: Pero es que de verdad siento que así será.
TERAPEUTA: La confusión entre lo que piensa que sucederá y lo que en realidad sucede es justo el problema que abordamos en esta sesión.

Se exploran las razones por las que las sobreestimaciones persisten a pesar de la refutación repetida. Por lo general, en lugar de percatarse de que la predicción original era inexacta, los pacientes atribuyen erróneamente la ausencia del peligro a señales externas o a conductas de seguridad (p. ej., "Lo logré sólo porque pude encontrar ayuda a tiempo", "Estoy segura de que habría muerto de no haber tomado Xanax la semana pasada cuando sufrí pánico en la tienda", o "No lo habría conseguido de no haber salido a tiempo del camino") o a la "suerte". De igual modo, pueden asumir que la única razón por la que siguen vivos, sanos y a salvo es el hecho de que todavía no sucede "el grande". En este caso los pacientes se equivocan al suponer que la intensidad de los ataques de pánico incrementa el riesgo de resultados catastróficos.

El método para refutar los errores de sobreestimación consiste en cuestionar la evidencia a favor de los juicios probabilísticos. El formato general es tratar los pensamientos no como hechos, sino como hipótesis o conjeturas, examinar la evidencia y generar predicciones alternativas más realistas. La mejor manera de lograrlo es que el terapeuta use el estilo Socrático, de modo que los pacientes aprendan la habilidad de examinar el contenido de sus afirmaciones y llegar a afirmaciones o predicciones alternativas después de haber considerado toda la evidencia. A este respecto resulta útil

cuestionar la lógica (p. ej., "¿Cómo es que un corazón desbocado provoca un ataque cardiaco?") o las bases a partir de las cuales se hacen los juicios (p. ej., la información incorrecta de otros, sensaciones inusuales). Continuando con el ejemplo anterior, en el caso de Julie el cuestionamiento tomó el siguiente curso:

TERAPEUTA: Uno de los pensamientos específicos que ha identificado es que enloquecerá y no regresará nunca a la realidad ¿Específicamente, qué la lleva a pensar que es probable que eso suceda?
JULIE: Bueno, creo que de verdad eso es lo que siento.
TERAPEUTA: ¿Puede describir esas sensaciones?
JULIE: Bueno, me siento desorientada e irreal, que las cosas que me rodean son diferentes y que no estoy conectada.
TERAPEUTA: ¿Y por qué cree que esas sensaciones significan que de verdad ha perdido contacto con la realidad?
JULIE: No lo sé, me parece que así ha sucedido.
TERAPEUTA: Examinemos entonces esa suposición. ¿Cómo es su conducta cuando se siente irreal? Por ejemplo, ¿responde si alguien le hace una pregunta durante esos episodios?
JULIE: Bueno, le respondo a usted, aunque en ocasiones me siento así aquí.
TERAPEUTA: Muy bien, ¿y puede caminar, escribir o conducir cuando se siente de esa manera?
JULIE: Si, pero se siente distinto.
TERAPEUTA: Pero realiza esas funciones a pesar de sentirse desconectada ¿Qué le dice eso?
JULIE: Bueno, quizá no he perdido por completo el contacto con la realidad, Pero ¿qué tal si lo pierdo?
TERAPEUTA: ¿Cuántas veces se ha sentido desconectada?
JULIE: Cientos y cientos de veces.
TERAPEUTA: ¿Y cuántas veces ha perdido permanentemente el contacto con la realidad?
JULIE: Nunca, pero ¿qué pasa si esas sensaciones no desaparecen? ¿Es posible que pierda entonces el contacto con la realidad?
TERAPEUTA: ¿Qué otra cosa le dice que eso es una posibilidad?
JULIE: Bueno, ¿cómo se explica lo de mi primo segundo? Él perdió el contacto con la realidad cuando tenía unos 25 años y ahora es un desastre. A duras penas puede funcionar y entra y sale constantemente de hospitales psiquiátricos. Tiene que tomar un montón de medicamentos muy potentes. Nunca olvidaré la vez en que lo vi completamente fuera de sí. Hablaba consigo mismo con balbuceos.
TERAPEUTA: ¿Puede hacer entonces una conexión entre usted y él?
JULIE: Sí.
TERAPEUTA: ¿Cuáles son las semejanzas entre ustedes dos?

JULIE: En realidad no hay ninguna. Es sólo que él **es** lo que yo temo llegar a ser.
TERAPEUTA: ¿Alguna vez él se sintió como se siente usted ahora?
JULIE: No lo sé.
TERAPEUTA: ¿Y si otro de sus primos tuviese severos problemas de espalda le preocuparía terminar también con graves problemas de espalda?
JULIE: No.
TERAPEUTA: ¿Por qué no?
JULIE: Porque nunca pienso en eso. No es algo que me preocupe.
TERAPEUTA: Parece entonces que usted cree que terminará como su primo porque le da miedo terminar como él.
JULIE: Supongo que sí.
TERAPEUTA: Veamos ahora toda la evidencia y consideremos algunas alternativas. Usted se ha sentido irreal cientos de veces y nunca ha perdido contacto con la realidad porque ha seguido funcionando en medio de esas sensaciones, y nunca han persistido. Le da miedo volverse como su primo, pero no existen datos que demuestren que usted y él tienen el mismo problema. De hecho, los datos sugieren otra cosa porque usted sigue funcionando y él no. ¿Cuál es entonces la probabilidad realista de que usted pierda contacto con la realidad de manera permanente? Use una escala de 0 a 100 donde 0 = *Ninguna posibilidad en lo absoluto* y 100 = *Definitivamente ocurrirá.*
JULIE: Bueno, tal vez es menor de lo que pensaba. Quizá 20%
TERAPEUTA: Eso significaría que usted ha perdido contacto con la realidad de manera permanente una de cada cinco veces que se ha sentido irreal.
JULIE: Bueno, si lo pone de esa manera, supongo que no. Tal vez sea una posibilidad muy pequeña.
TERAPEUTA: Sí ¿Cuál sería entonces una explicación alternativa?
JULIE: Tal vez que las sensaciones de irrealidad son causadas por ansiedad o la hiperventilación, y que tener esas sensaciones no significa que en realidad estoy perdiendo contacto con la realidad y que no soy en absoluto igual a mi primo.

Además de continuar el automonitoreo y la práctica de la respiración diafragmática, se pidió a Julie como tarea que identificara sus pensamientos ansiosos relacionados con cada elemento de la jerarquía de agorafobia, y que usara los pasos de la sesión de examinar la evidencia y generar interpretaciones alternativas con base en la evidencia para los errores de sobreestimación del riesgo. Debía hacer lo mismo para cada ataque de pánico que ocurriese en el curso de la siguiente semana.

Sesión 3

Las metas de esta sesión son desarrollar el reentrenamiento de la respiración y continuar con la reestructuración cognitiva. El terapeuta revisa la práctica de la respiración diafragmática que realizó la paciente durante la semana. Julie estaba decepcionada con sus intentos de práctica.
JULIE: Al parecer no pude hacerlo de la forma correcta. En ocasiones empecé bien y

luego, entre más lo intentaba más sentía que me quedaba sin aire y tenía que tomar una bocanada entre respiraciones. En otros momentos me sentía mareada y empezaban las sensaciones de irrealidad, en ese momento tenía que detenerme y hacer algo para mantener la mente ocupada.

TERAPEUTA: Parecería que muy pocas cosas salieron bien. En primer lugar, recuerde que esto es una habilidad, como aprender a montar en bicicleta, y que no puede esperar que resulte sencillo desde el inicio. Segundo, suena como si hubiera experimentado algunos síntomas físicos desagradables que la preocuparon. Dice que sentía como si se estuviera quedando sin aire. De acuerdo con lo que hablamos la semana pasada, ¿qué cree que haya causado esa sensación?

JULIE: Bueno, quizá no estaba entrando aire suficiente a mis pulmones porque en realidad me resulta difícil usar el músculo del diafragma. Sentía que me estaba sofocando.

TERAPEUTA: Posiblemente sea cuestión de aprender a usar el músculo del diafragma, pero ¿en realidad se estaba sofocando o fue una interpretación de que podría estar sofocándose?

JULIE: No lo sé. He tenido antes la sensación de ahogo, sobre todo cuando me veo atrapada en un cuarto atestado de gente.

TERAPEUTA: ¿Cómo sabe que se está sofocando?

JULIE: No lo sé, sólo lo siento de esa forma.

TERAPEUTA: Bien, unamos la evidencia. Usted ha tenido antes esa sensación y nunca se ha ahogado. Como vimos la vez anterior, a veces la ansiedad puede crear la sensación de falta de aire, aunque esté recibiendo aire suficiente ¿Puede pensar en una explicación alternativa?

JULIE: Bueno, tal vez no me estaba ahogando. Quizá sólo se sentía así.

Las quejas de Julie representan las preocupaciones típicas que debían abordarse. El siguiente paso es hacer más lento el ritmo de la respiración hasta que el paciente pueda realizar cómodamente un ciclo completo de inhalación y exhalación de seis segundos. De nuevo, el terapeuta modela la respiración lenta y luego proporciona retroalimentación correctiva durante la práctica en la sesión. Se instruye al paciente para que siga practicando la respiración lenta en ambientes "seguros" o relajantes, y se le disuade de aplicar la respiración lenta cuando se sienta ansioso o en un estado de pánico hasta que haya desarrollado por completo la habilidad para hacerlo.

Además, se continúa la reestructuración cognitiva abordando el segundo error cognitivo, que implica ver un suceso como "peligroso", "insufrible" o "catastrófico". Los ejemplos típicos de errores catastróficos son "Si me desmayo la gente va a pensar que soy débil y eso sería insoportable" o "Los ataques de pánico son lo peor que puedo imaginar", y "Toda la tarde se verá arruinada si empiezo a sentirme ansioso". "Eliminar el componente catastrófico" significa enfrentar lo peor para darse cuenta de que esos hechos no son tan "catastróficos" como se suponía y pensar en formas de afrontar los sucesos negativos en lugar de pensar en lo "malos" que son. Un principio clave que

subyace a la eliminación del componente catastrófico es que los acontecimientos pueden ser soportados, aunque sean incómodos. Reconocer el carácter temporal de la incomodidad contribuye al desarrollo del sentido de ser capaz de afrontarlo. Aquí la distinción crítica es que, aunque los pacientes pueden preferir que esos hechos no ocurran, de ser necesario son capaces de tolerar la incomodidad. Así, para la persona que afirma que los juicios negativos de los demás son insoportables, es importante analizar lo que haría para afrontar que alguien más haga un juicio negativo directo. De igual modo, el siguiente tipo de cuestionamiento resulta útil para las personas que afirman que los síntomas físicos del pánico son intolerablemente vergonzosos:

JULIE: De verdad me preocupa que pueda perder el control y haga algo loco como gritar o chillar.

TERAPEUTA: Enfrentemos lo peor para averiguar por qué es tan malo. ¿Por qué sería tan horrible gritar o chillar?

JULIE: No podría soportar la vergüenza.

TERAPEUTA; Bien, pensemos en ello ¿Qué cosas podría hacer en esa situación? Acaba de gritar y chillar, ¿ahora qué?

JULIE: Bueno, supongo que en algún momento terminarían los gritos y chillidos.

TERAPEUTA. Es correcto, Por lo menos, a la larga quedaría exhausta ¿Qué más?

JULIE: Quizá le explicaría a la gente que me rodea que tuve un día realmente malo, pero que estaré bien. En otras palabras, los tranquilizaría.

TERAPEUTA: Bien ¿Qué más?

JULIE: Tal vez me alejaría, encontraría algún lugar para tranquilizarme y asegurarme que ya pasó lo peor.

TERAPEUTA: Bien.

JULIE: Pero ¿qué pasaría si llega la policía y me lleva para encerrarme en un hospital mental?

TERAPEUTA: Veamos de nuevo lo peor ¿Qué pasaría si la policía llega cuando está gritando y chillando y se la lleva? Por muy atemorizante que le parezca, consideremos lo que en realidad podría suceder.

JULIE: Tengo esta imagen de que no sería capaz de decirles lo que en realidad me sucede, que estoy tan fuera de control que no podría hacerles saber que me siento ansiosa.

TERAPEUTA: Si estuviera tan turbada que no fuera capaz de comunicarse con claridad, ¿cuánto duraría eso?

JULIE: Tiene razón, a la larga quedaría exhausta y entonces podría hablar con mayor claridad. Pero ¿qué pasaría si no me creen?

TERAPEUTA: ¿Qué pasa si no la creen al principio? ¿Cuánto tiempo pasaría antes de que se den cuenta de que no está loca?

JULIE: Supongo que después de un rato verían que estoy bien, y tal vez podría llamar a

un amigo o a mi médico para explicarles lo que sucedió.

La tarea para esta sesión, además de continuar con el automonitoreo, es practicar la respiración lenta y diafragmática en ambientes relajantes e identificar los errores de catástrofe en relación con cada elemento de la jerarquía de agorafobia, seguido de la práctica de eliminación de elementos catastróficos y la generación de formas de afrontamiento. Además, Julie debía emplear la habilidad de eliminación de elementos catastróficos para los ataques de pánico que ocurriesen en el curso de la siguiente semana.

Sesión 4

La meta principal de esta sesión es usar las habilidades adquiridas en el reentrenamiento de la respiración como herramienta de afrontamiento y empezar la exposición *in vivo* al primer elemento de la jerarquía de agorafobia.

Ahora que los pacientes han practicado lo suficiente la respiración lenta y diafragmática en ambientes relajantes, están listos para usar esos métodos en entornos molestos y en situaciones que provocan ansiedad. Se anima a los pacientes a usar las habilidades de respiración como técnica de afrontamiento cuando enfrenten situaciones que provocan temor y ansiedad. Algunos pacientes usan las habilidades de respiración como señal o conducta de seguridad; en otras palabras, creen que si no respiran correctamente estarán en riesgo de que ocurra alguna calamidad mental, física o social. Este tema se elaboró con Julie:

JULIE: Intenté usar la respiración cuando tuve pánico durante la semana. No funcionó. Me hizo sentir peor.

TERAPEUTA: Suena como si hubiese tratado de usar el ejercicio de respiración como un intento desesperado por controlar las sensaciones que estaba experimentando.

JULIE: Si, eso es correcto.

TERAPEUTA: ¿Qué pensó que sucedería si no podía controlar esas sensaciones?

JULIE: Estaba realmente preocupada de no poder manejar las sensaciones.

TERAPEUTA: ¿Y qué habría sucedido de no haber sido capaz de manejarlas?

JULIE: Sentía que habría perdido permanentemente el contacto con la realidad.

TERAPEUTA: De modo que ese es uno de los pensamientos de los que hablamos la última vez ¿Qué le dice la evidencia acerca de la probabilidad de perder contacto con la realidad de manera permanente?

JULIE: ¿Quiere decir que estaré bien incluso si no controlo mi respiración?

TERAPEUTA: Bien, usted no había perdido permanentemente el contacto con la realidad antes de aprender el ejercicio de respiración, ¿qué le dice eso?

JULIE: Está bien, lo entiendo.

TERAPEUTA: Es mejor pensar en el ejercicio de respiración como una herramienta que la ayudará a enfrentar cualquier cosa que le provoque ansiedad. De modo que, cuando enfrente situaciones y aumente su ansiedad, use el ejercicio de respiración para ayudarse a enfrentar la ansiedad y no para alejarse de ella.

Los pacientes que de manera sistemática usan las habilidades de respiración como conducta de seguridad pueden verse desalentados de usarlas porque aprenden que se preocupan más por lo que no sucede o que pueden arreglárselas sin usar dichas habilidades.

En términos de la reestructuración cognitiva, los terapeutas dan retroalimentación correctiva a los pacientes sobre los métodos de cuestionar la evidencia para generar probabilidades realistas, enfrentar lo peor y crear formas de afrontamiento para cada elemento de la jerarquía de agorafobia y cualquier ataque de pánico que hubiese ocurrido durante la semana anterior. Se ofrece retroalimentación "correctiva" particular cuando los pacientes carecen de especificidad en su reestructuración cognitiva (p. ej., debe alentarse a los pacientes que registran que están más preocupados por sentir pánico a detallar lo que les preocupa acerca de éste) o dependen de su objeto de seguridad (p. ej., los pacientes que registran que "Todo estará bien" como su evidencia y, o forma de afrontamiento deberían ser alentados a enlistar la evidencia y, o generar los pasos reales de afrontamiento).

La atención se enfoca luego en cómo practicar el primer elemento de la jerarquía de agorafobia. De ser apropiado, se revisan las razones por las que pueden haber fallado los intentos previos de la exposición *in vivo*. Las razones habituales de los fracasos anteriores de los pacientes en la exposición *in vivo* incluyen intentos que son demasiado azarosos y, o breves, o demasiado espaciados, e intentos realizados sin un sentido de dominio, o realizados mientras se mantenía la creencia de que la catástrofe era muy posible. Julie había intentado en el pasado enfrentar las situaciones agorafóbicas, pero en cada ocasión había escapado, sintiéndose abrumada por el pánico y aterrada de perder el contacto con la realidad de manera permanente. El terapeuta la ayudó a entender la forma de acercarse de manera diferente a las situaciones agorafóbicas para beneficiarse de la exposición.

Las señales típicas de seguridad de Julie eran la presencia de su esposo, o por lo menos saber su ubicación, y el Klonopín (que llevaba consigo, pero que rara vez usaba). El terapeuta discutió la importancia de la eventual suspensión de esas señales de seguridad.

Como se mencionó antes, la meta de la terapia de exposición no es la reducción inmediata del temor y la ansiedad, sino que el paciente aprenda algo nuevo como resultado de la exposición. Para que la exposición funcione es esencial aclarar qué es lo que más preocupa a los pacientes cuando enfrentan las situaciones que temen y cuáles son las condiciones que mejor los ayudan a aprender que lo que más los preocupa no ocurre nunca o lo hace rara vez, y, o que pueden afrontar la situación y tolerar la ansiedad. Si lo que más preocupa a un paciente es que el miedo y la ansiedad se mantengan elevados durante la práctica, entonces el aprendizaje correctivo involucra la tolerancia de la ansiedad sostenida. Para Julie, la primera situación de su jerarquía era conducir sola a casa del trabajo. Dijo que lo que más le preocupaba en esa situación era sentir pánico y perder el contacto con la realidad y, como resultado, perder el control del carro y morir en un accidente. También dijo que conducir al anochecer era la situación

en que más convencida estaba de esas eventualidades. Por consiguiente, la tarea que el terapeuta consideró más adecuada para enseñar a Julie que no perdería contacto con la realidad o que podía afrontar las sensaciones de irrealidad y pánico, fue conducir a casa del trabajo al anochecer.

Describa la tarea de exposición de manera tan concreta como sea posible, de modo que los pacientes entiendan claramente lo que implica la práctica (p. ej., "Caminar solo dentro de un centro comercial durante 10 minutos"). Es importante señalar que la práctica no debe suspenderse debido a la ansiedad (p. ej., "Seguir conduciendo por la autopista hasta que me sienta ansiosa") porque la práctica de exposición reforzaría entonces la evitación de la ansiedad.

Se le recordó a Julie que debía usar sus habilidades de afrontamiento si sentía pánico mientras practicaba la tarea; es decir, se anima a los pacientes a usar sus habilidades de respiración y pensamiento para completar la tarea asignada durante los momentos de temor; no se pretende que las habilidades de afrontamiento sean un medio para reducir el temor y la ansiedad, sino para tolerarlos. La aceptación y la observación acrítica de las sensaciones físicas y los pensamientos son otra estrategia que puede usarse en medio de la terapia de exposición.

Se anima a los pacientes a mantener un programa regular de prácticas repetidas de exposición *en vivo* por lo menos tres veces por semana y a realizar esas prácticas, independientemente de los factores internos (p. ej., tener "un mal día" o sentirse enfermo) o externos (p. ej., clima inclemente, agenda ocupada) que pudieran alentar su posposición. Julie expresó cierta preocupación respecto con la posibilidad de hacer la práctica por lo menos tres veces durante la siguiente semana:

JULIE: No sé si podré practicar tres veces porque muchas veces me siento agotada; tal vez pueda hacerlo el lunes y el martes, porque son los días en que por lo general me siento mejor.

TERAPEUTA: ¿Qué le preocupa que pueda suceder si practica un día en que se sienta agotada?

JULIE: Esos días me siento más frágil.

TERAPEUTA: ¿Y qué podría suceder si se siente más frágil?

JULIE: Es sólo que no creo poder hacerlo. Me resultaría demasiado difícil. Podría asustarme mucho y perder para siempre el contacto con la realidad.

TERAPEUTA: Muy bien, vamos a analizar ese pensamiento ¿Qué le dice su experiencia? ¿Cuántas veces ha perdido permanentemente el contacto con la realidad, incluyendo los días en que se ha sentido agotada?

JULIE: Bueno, nunca.

TERAPEUTA: ¿Y qué le dice eso?

JULIE: Está bien, pero todavía me parece difícil conducir en esos días.

TERAPEUTA: ¿Qué tal si empieza el lunes o el martes y avanza rápidamente a los otros días de la semana en que se siente agotada, de modo que tenga una muy buena oportunidad de ver si pierde o no permanentemente el contacto con la realidad?

La tarea de Julie para esta sesión involucra continuar el automonitoreo, así como el uso de la reestructuración cognitiva y el reentrenamiento de la respiración en caso de ansiedad o pánico elevados, y practicar el primer elemento de la jerarquía de agorafobia por lo menos tres veces, sin que esté presente su esposo, Larry, por lo menos en una de esas ocasiones.

Sesión 5

Las metas de esta sesión son revisar la práctica de la exposición *en vivo*, diseñar otra tarea de exposición que deberá practicarse en el curso de la siguiente semana, e iniciar la exposición interoceptiva. Note que la exposición *en vivo* y la exposición interoceptiva pueden hacerse de manera simultánea o en secuencia. En el caso de Julie la exposición *en vivo* empezó en la cuarta sesión, mientras que la exposición interoceptiva empezó en esta sesión, aunque podrían haberse hecho en el orden opuesto.

Es esencial revisar la práctica hecha durante la semana de la exposición *en vivo*. Se considera necesario hacer una evaluación objetiva del desempeño para compensar las autoevaluaciones subjetivas y dañinas. Como se ha demostrado en las publicaciones experimentales sobre el aprendizaje y el condicionamiento, las valoraciones de eventos aversivos, después de que han ocurrido, pueden influir en la ansiedad relacionada con futuros encuentros con los mismos tipos de sucesos aversivos. Se revisa con cuidado cualquier práctica que haya terminado de manera prematura para buscar factores contribuyentes que más tarde puedan incorporarse en otros ensayos de exposición *en vivo*. Dado que el impulso de escapar suele realizarse con base en la predicción de que la resistencia continua puede, de alguna manera, resultar peligrosa, es muy importante identificar el factor que precipita el escape. Por ejemplo, los pacientes pueden predecir que las sensaciones se volverán demasiado intensas y darán lugar a una reacción que está fuera de su control. Esta predicción puede analizarse en términos de la disposición a saltar a conclusiones y exagerar las cosas. Al mismo tiempo, no es necesario ver al escape en sí de manera catastrófica (es decir, como algo vergonzoso o como una señal de fracaso). Los terapeutas deben reforzar, además, el uso de las habilidades cognitivas y de respiración (o las de aceptación) para ayudar a los pacientes a permanecer en la situación, a pesar de las sensaciones incómodas, hasta que haya concluido el tiempo especificado o se haya completado la tarea.

De nuevo, es importante que los pacientes reconozcan que la meta no es lograr la ausencia absoluta de ansiedad, sino enfrentar de manera reiterada las situaciones a pesar de la ansiedad. En cada práctica de exposición la meta es tolerar el miedo más que su reducción inmediata; con el tiempo, este enfoque da lugar a la disminución final del temor. La ansiedad que no disminuye luego de días repetidos de exposición *en vivo* puede ser resultado del énfasis excesivo en la disminución inmediata del miedo y la ansiedad; es decir, esforzarse mucho o desear demasiado que la ansiedad disminuya por lo general lo que hace es mantenerla.

Julie tuvo éxito en su primera práctica de exposición *en vivo*; logró conducir sola a casa

desde el trabajo al anochecer en cuatro ocasiones distintas. Advirtió que la primera vez la tarea resultó más sencilla de lo que esperaba; la segunda fue más difícil y la única ocasión en que se orilló al acotamiento de la autopista. El terapeuta la ayudó a identificar los pensamientos y sensaciones que la habían llevado a "escapar" de la situación: las sensaciones de irrealidad y el miedo a perder contacto con la realidad. Julie esperó por unos minutos y luego continuó conduciendo a casa, una acción que fue muy reforzada por el terapeuta. La tercera y la cuarta ocasiones fueron más fáciles.

El esposo de Julie, Larry, acudió a la Sesión 5, lo que le permitió aprender cómo ayudar a su esposa a superar el pánico y la agorafobia. Se mostró comprensivo y dispuesto a ayudar de cualquier manera posible, y expresó frustración por no haber sabido en el pasado cómo apoyarla.

Existen principios generales para la participación en el tratamiento de los cuidadores principales. Primero, se explica al cuidador la conceptualización del tratamiento a fin de disminuir su frustración y, o atribuciones negativas relacionadas con el funcionamiento emocional del paciente (p. ej., "Vaya, lo está inventando. En realidad no le pasa nada malo" o "Ha sido así desde antes de que nos casáramos y no va a cambiar nunca"). También se explora y se analiza la forma en que el problema agorafóbico ha alterado las rutinas cotidianas y las responsabilidades domésticas. Los ejemplos pueden incluir actividades sociales y de esparcimiento, y quehaceres domésticos. El terapeuta explica que las actividades familiares pueden haberse estructurado alrededor del miedo y la evitación agorafóbicos para ayudar al paciente a funcionar sin ansiedad intensa. Al mismo tiempo, la reasignación de las tareas del paciente a los cuidadores principales en realidad puede reforzar el patrón agorafóbico. En consecuencia, se enfatiza la importancia de cumplir las instrucciones de la tarea de exposición *en vivo*, aunque al principio esto implique cierta incomodidad para el paciente.

Se alienta a los cuidadores principales a participar de forma activa ofreciendo su percepción de la conducta y temor del paciente, así como del impacto que esto tiene en el ambiente familiar. En ocasiones el cuidador principal ofrece información que no reportó el paciente o de la cual no tiene plena consciencia, sobre todo en relación con la manera en que su funcionamiento cotidiano se ve afectado por la conducta del paciente. Por ejemplo, Larry describió que se sentía obligado a estar en casa por las tardes cuando antes jugaba ocasionalmente baloncesto con sus amigos en el gimnasio local; ahora debe quedarse en casa porque se siente culpable si deja sola a Julie.

El siguiente paso es describir el papel del cuidador principal en relación con las tareas de exposición *en vivo*. Se le considera como un entrenador y se anima a la pareja a acercarse a las tareas como un equipo de solución de problemas. Esto incluye decidir exactamente dónde y cuándo practicar la exposición *en vivo.* Mientras se prepara para la práctica, el paciente identifica sus valoraciones inadecuadas sobre la tarea y genera alternativas cognitivas, mientras que el cuidador principal es alentado a ayudar al paciente cuestionando sus pensamientos "ansiosos". Durante la sesión puede realizarse un juego de roles de este tipo en que el cuidador principal cuestiona al paciente, de modo que el terapeuta pueda ofrecer retroalimentación correctiva a cada participante.

Durante la exposición *en vivo*, el cuidador principal recuerda al paciente aplicar las habilidades de afrontamiento, sean cuestionamientos cognitivos, habilidades de respiración o habilidades de aceptación. Como el cuidador principal por lo regular es una señal de seguridad, las tareas provocan menos ansiedad. Sin embargo, eventualmente debe apartarse al paciente de las señales de seguridad. Por consiguiente, los primeros intentos de enfrentar las situaciones agorafóbicas se realizan en presencia y los últimos intentos en ausencia del cuidador principal. La separación del cuidador principal puede ser gradual, como en el caso de Julie, quien tuvo que: (1) conducir primero con Larry en el carro; (2) conducir mientras él la seguía en otro carro; (3) encontrarse con él en un punto de destino, y (4) conducir sola.

Para el éxito de esta colaboración es muy importante el estilo de comunicación. Por un lado, se disuade al cuidador principal de magnificar la experiencia de pánico y se le alienta a ayudar al paciente a utilizar afirmaciones de afrontamiento cuando se sienta ansioso. También se le anima a ser paciente toda vez que el progreso del paciente puede ser errático. A fin de disminuir la incomodidad asociada con el examen de la ansiedad, en especial en situaciones públicas, se enseña al paciente y al cuidador principal a usar una escala de calificación de 0 a 10 puntos para comunicarse el nivel actual de ansiedad o malestar del paciente. Se advierte al paciente acerca de la motivación potencial para evitar hablar de sus sentimientos con el cuidador principal, sea por vergüenza o para evitar la ansiedad por miedo a que el hecho de hablar o concentrarse en la ansiedad pudiera intensificar malestar. Se desanima la evitación de las sensaciones porque se considera que a largo plazo eso es menos benéfico que enfrentar objetivamente lo que le genera malestar y darse cuenta de que las catástrofes predichas no ocurren. Se tranquiliza al paciente asegurándole que lo más probable es que la incomodidad y la vergüenza inicial disminuyan a medida que los compañeros se habitúen a analizar los niveles de ansiedad y su manejo. También se abordan las preocupaciones del paciente acerca de la poca sensibilidad o presión excesiva del cuidador principal. Por ejemplo, el cuidador principal puede suponer que conoce los niveles de ansiedad y los pensamientos ansiosos del paciente, sin que éste se los confirme o puede enojarse con el paciente por evitar o escapar de las situaciones o por mostrarse temeroso. Se plantea que todas las cuestiones anteriores constituyen patrones de comunicación que si bien son relativamente comunes y comprensibles, deben ser corregidos. Una técnica de aprendizaje útil consiste en practicar durante la sesión el juego de roles de estilos de comunicación más adaptados durante los episodios de ansiedad exacerbada. En ocasiones puede ser conveniente el entrenamiento de formas de comunicación más específicas, en especial si los compañeros discuten frecuentemente en sus intentos por generar elementos o métodos para conducir la exposición *en vivo*.

La siguiente tarea de la exposición *en vivo* para Julie fue sentarse en un cine abarrotado, pasando gradualmente de los asientos del pasillo hacia la mitad de la fila, ya que esa era la condición en la que más le preocupaba la posibilidad de perder el control y atraer la atención hacia ella. Julie y Larry repasaron en la sesión su aproximación a la tarea de exposición *en vivo*, mientras el terapeuta ofrecía retroalimentación correctiva

usando los principios de comunicación y afrontamiento descritos antes. Se les indicó que practicaran esta tarea por lo menos tres veces durante la siguiente semana. Por lo menos en una ocasión Julie debía practicarla por sí sola.

A continuación se introdujo la exposición interoceptiva. Igual que con la exposición *en vivo*, los pacientes aprenden a través de la exposición repetida a las sensaciones temidas que dichas sensaciones no les causan daño, lo que les permite aumentar su confianza en su capacidad para tolerar los síntomas de ansiedad. El procedimiento empieza con la evaluación de la respuesta del paciente a una serie de ejercicios estandarizados, que son modelados primero por el terapeuta. Luego, después de que el paciente ha completado el ejercicio, el terapeuta registra las sensaciones, el nivel de ansiedad (de 0 a 10), la intensidad de las sensaciones (de 0 a 10) y la semejanza con sensaciones de pánico que ocurren de manera natural (de 0 a 10). Los ejercicios incluyen sacudir la cabeza de un lado a otro durante 30 segundos; colocar la cabeza entre las piernas durante 30 segundos y levantarla con rapidez a una posición vertical; correr sin avanzar o dando pasos por un minuto; contener la respiración tanto tiempo como sea posible; tensar todos los músculos del cuerpo por un minuto o resistir por tanto tiempo como sea posible la postura de las flexiones de pecho o lagartijas; girar durante un minuto en una silla giratoria; hiperventilar por un minuto; respirar por una pajilla estrecha (con los conductos nasales cerrados) o hacerlo tan lentamente como sea posible durante dos minutos; y fijar la mirada en un punto en la pared o en la imagen de la persona en el espejo por 90 segundos. Si ninguno de esos ejercicios produce sensaciones por lo menos moderadamente similares a las que ocurren naturalmente, se diseñan otros ejercicios adaptados al individuo. Por ejemplo, es posible inducir opresión del pecho mediante una respiración profunda antes de hiperventilar; puede inducirse calor usando ropas gruesas en una habitación caldeada; las sensaciones de ahogo pueden inducirse con un abate-lenguas, un suéter de cuello alto o una corbata; y puede inducirse sobresalto con un ruido fuerte abrupto mientras se está relajado. En el caso de Julie, las sensaciones que más ansiedad le provocaban fueron las producidas por hiperventilación, girar y fijar la mirada en un punto de la pared.

A los pacientes que reportan poco o ningún temor porque se sienten seguros en presencia del terapeuta se les pide que traten de hacer solos cada ejercicio, sea en casa o con el terapeuta fuera del consultorio. Al mismo tiempo, el valor de la reestructuración cognitiva es reforzado por la consideración de la influencia de la seguridad percibida como factor que modera la cantidad de temor experimentado. En una minoría de pacientes, conocer la causa y curso de las sensaciones anula la respuesta de temor; es decir, dado que las sensaciones se relacionan inevitablemente con una causa clara (el ejercicio interoceptivo), y toda vez que es relativamente fácil controlarlas mediante el simple hecho de terminar dicho ejercicio, el temor es mínimo. En esas condiciones puede ser conveniente centrar el análisis en la suposición errónea que hace que las sensaciones que ocurren naturalmente resulten más atemorizantes que las producidas por los ejercicios interoceptivos. Por lo general, esas suposiciones erróneas son que las sensaciones que ocurren naturalmente son impredecibles; que las sensaciones impredecibles causan más daño, y que si no se controlan suponen una amenaza

potencial. La mayoría de los pacientes temen al menos a varios de los ejercicios interoceptivos a pesar de conocer la causa de las sensaciones y el hecho de que son controlables.

Para la exposición repetida se eligen los ejercicios interoceptivos que se considera producen sensaciones por lo menos similares al pánico que ocurre de manera natural (por lo menos un 3 en la escala de 0 a 10). En la exposición repetida se utiliza un enfoque gradual que empieza en el elemento más bajo de la jerarquía que se estableció en la Sesión 4. En cada ensayo de exposición se pide al paciente que inicie la inducción e indique el momento en que empieza a experimentar las sensaciones (p. ej., levantando la mano) y que continúe la inducción al menos durante 30 segundos más a fin de permitir el aprendizaje correctivo. Después de terminar la inducción se evalúa la ansiedad y se da tiempo al paciente para aplicar las habilidades cognitivas y respiratorias de afrontamiento. Finalmente, el terapeuta revisa con el paciente la experiencia de inducción y el uso de las estrategias de manejo. Durante esta revisión, el terapeuta enfatiza la importancia de experimentar a plenitud las sensaciones durante la inducción, de la concentración objetiva en las sensaciones en lugar de ignorarlas, y en la importancia de identificar y cuestionar cogniciones específicas en función de la experiencia. Además, el terapeuta hace preguntas clave para ayudar al paciente a darse cuenta de que está seguro (p. ej., "¿Qué podría haber sucedido si hubiese seguido girando otros 60 segundos?") y a generalizar las experiencias naturales (p. ej., "¿En qué se distingue esto del mareo que siente en el trabajo?"). En otras palabras, la reestructuración cognitiva se extiende al reprocesamiento cognitivo que ya está ocurriendo implícitamente como resultado de la exposición interoceptiva repetida.

En ocasiones, cogniciones específicas que no se habían reconocido se hacen evidentes durante la exposición repetida. Por ejemplo, cuando Julie comenzó las exposiciones repetidas a la hiperventilación y los giros, tomó consciencia de su suposición implícita de que las sensaciones de aturdimiento o mareo la llevarían a perder el control de sus piernas. Esto se relacionaba con su preocupación por causar un accidente al conducir. Durante los ejercicios repetidos de hiperventilación, y con la instigación de los "¿y qué pasaría si…?" del terapeuta, Julie descubrió su temor de no poder mover brazos o piernas. Posteriormente, el terapeuta cuestionó conductualmente esta suposición haciendo que Julie hiperventilara por periodos más prolongados para luego caminar, tomar objetos, y cosas por el estilo.

La práctica de las tareas es muy importante porque las señales de seguridad presentes en la clínica o que se derivan del terapeuta *per se* pueden impedir, una vez más, la generalización al ambiente natural. Se pide a los pacientes que practiquen diariamente, tres veces al día, los elementos interoceptivos que se trabajaron durante la sesión. Julie tenía que practicar la hiperventilación durante la siguiente semana. Como expresó cierta preocupación por tener que hacer sola los ejercicios, el terapeuta la ayudó a usar sus habilidades de reestructuración cognitiva en relación con estar sola. Además, se sugirió la graduación de las tareas, de modo que los dos primeros días pudiera practicar la hiperventilación cuando su esposo estuviera en casa y luego, por el resto del tiempo,

debía hacerlo cuando él no estuviera en casa.

Sesiones 6 y 7

La meta principal de estas sesiones es revisar las prácticas de exposición *en vivo* de la semana anterior, diseñar nuevas exposiciones, revisar las prácticas entre sesiones de la exposición interoceptiva, realizar de manera repetida durante las sesiones la exposición interoceptiva y asignarla como tarea para la primera semana.

La exposición *en vivo* es revisada igual que en la sesión anterior. En este caso, Julie y Larry realizaron bien la práctica del cine, e incluso ella practicó ir al cine por sí sola. En esa ocasión reportó mayor ansiedad que cuando fue con Larry por el miedo a tener que pararse y salir de la sala y la preocupación por molestar a los otros asistentes. El terapeuta la ayudó a identificar qué preocupación la llevó a pensar que tendría que salir del cine; en otras palabras, ¿qué pensaba que podría ocurrir si no podía salir del cine?

Cuando Julie indicó que tenía pensamientos sobre perder el control y hacer una escena, se le instigó para que aplicara sus habilidades de reestructuración cognitiva de análisis y eliminación de los elementos catastróficos a partir de la evidencia. Ya estaba lista para avanzar a los siguientes elementos de su jerarquía: pasar dos horas sola en casa durante el día y permanecer sola en casa al anochecer. Igual que en cada tarea de exposición *en vivo*, Julie identificó lo que más temía que sucediera en esas situaciones y las condiciones de práctica que mejor le ayudarían a entender que podría afrontar lo peor, ocurriesen o no dichas eventualidades.

Durante la sesión se revisa la práctica de la exposición interoceptiva de la semana previa con la atención enfocada en la evitación: fuese el fracaso manifiesto para hacer la práctica o la evitación encubierta mediante la reducción de la intensidad o duración de las sensaciones inducidas o la restricción de la práctica a la presencia de las señales de seguridad (p. ej., uno de los cuidadores principales) o a las ocasiones en que la ansiedad del entorno es mínima. Las razones para la evitación pueden incluir la mala interpretación continua de los peligros de las sensaciones corporales (es decir, "No quiero hiperventilar porque temo no poder dejar de hacerlo y que no haya nadie que me ayude") o la creencia de que la repetición de la tarea no va a disminuir la ansiedad.

Durante la primera semana Julie practicó los ejercicios de exposición interoceptiva aproximadamente la mitad de los días entre sesiones. El terapeuta usó el método de la "flecha hacia abajo" para explorar las razones de Julie para no hacer la práctica todos los días.

JULIE: Intenté hiperventilar por mí misma. Pero no tuve mucho éxito porque me sentí demasiado asustada y me detuve en cuanto tuve las sensaciones extrañas.

TERAPEUTA: ¿Qué pensó que podría suceder si las sensaciones se hacían más intensas?

JULIE: Pensé que las sensaciones serían cada vez peores y que acabarían por abrumarme. No quería experimentar de nuevo la sensación de pánico.

TERAPEUTA: ¿Qué le habría pasado si se viera abrumada?

JULIE: Me sentiría realmente mal.

TERAPEUTA: ¿Y si se sintiera realmente mal?

JULIE: Bueno, nada. Sólo me sentiría terrible.

TERAPEUTA: La palabra "terrible" conlleva mucho significado. Veamos si podemos identificar los pensamientos ansiosos que hacen que las sensaciones sean tan terribles.

JULIE: Simplemente no puedo tolerar la sensación.

TERAPEUTA: ¿Qué le dice que no puede tolerarla? ¿Cómo sabe que no puede tolerarla?

El intercambio continuó hasta que Julie se percató de lo que era más importante que aprendiera de la hiperventilación repetida, que era capaz de tolerar las sensaciones y la ansiedad. Sin embargo, luego de la semana posterior de práctica repetida, Julie se mantuvo cautelosa por miedo a que los ejercicios la hicieran regresar a la situación en que estaba varias semanas antes; es decir, le preocupaba que la inducción pudiera dejarla en un estado de sintomatología persistente. Además, se mostraba particularmente renuente a practicar la exposición interoceptiva al final del día, cuando era más probable que se sintiera irreal o en un día en que estuviera programado un evento social importante. Una vez más, esos patrones de evitación estaban relacionados con el temor a que los síntomas se volvieran demasiado intensos o que terminaran en algún tipo de catástrofe mental o social. En la siguiente viñeta se abordan esos patrones de evitación.

TERAPEUTA: ¿Cuándo hizo la práctica deliberada de giros e hiperventilación?

JULIE: Por lo regular por las mañanas. Un día lo dejé para el final del día y resultó ser mala idea. Me sentí terrible.

TERAPEUTA: Pensemos en eso un poco más ¿Qué fue lo terrible cuando practicó al final del día?

JULIE: Bueno, yo ya me sentía bastante irreal, suelo sentirme así a esa hora del día. Por lo que sentía mucha más ansiedad por los síntomas.

TERAPEUTA: Estar más ansiosa implica que pensaba que los síntomas eran más dañinos. ¿Es eso lo que sucedió el día que practicó la exposición interoceptiva cuando ya se sentía irreal?

JULIE: Si, sentí que como ya me sentía irreal estaba en el borde, y que si intentaba aumentar la sensación de irrealidad acabaría por llevarme al límite.

TERAPEUTA: ¿Qué quiere decir con "llevarme al límite"?

JULIE: Que haría que las sensaciones fueran tan intensas que realmente perdería el control y me volvería loca.

TERAPEUTA: Entonces ésta es una de esas hipótesis: que las sensaciones más intensas de irrealidad significan estar más cerca de la locura. Examinemos la evidencia. ¿Es necesariamente cierto que una irrealidad más intensa signifique que está más cerca de volverse loca?

Durante las sesiones, el terapeuta continuó la práctica de la exposición interoceptiva con el siguiente elemento de la jerarquía de Julie, que consistía en fijar la vista en un punto en la pared y girar alrededor.

La tarea de esta sesión es continuar con la autosupervisión, hacer por lo menos tres veces la exposición *en vivo* de la jerarquía de agorafobia, así como la práctica diaria de la exposición interoceptiva.

Sesiones 8 Y 9

Las metas principales de estas sesiones son continuar la exposición *en vivo*, como se describió en las sesiones anteriores, y ampliar la exposición interoceptiva a las actividades naturales. Julie había practicado con buenos resultados la tarea de permanecer sola dos horas en casa durante el día y al anochecer. En particular, la paciente continuó con la tarea a pesar de haber experimentado un par de ataques de pánico durante esas prácticas de exposición *en vivo,* lo que fue crucial porque le permitió darse cuenta de que podía sobrevivir a la sensación de pánico; fue la primera vez que permaneció en la situación a pesar del pánico.

Al revisar las prácticas de exposición interoceptiva realizadas en la semana, se hizo evidente que Julie estaba desligando esas prácticas de la experiencia real de sensaciones corporales, lo cual podía limitar la generalización. Esa situación se abordó de la siguiente manera:

JULIE: Después de girar e hiperventilar varias veces, me sentía mucho menos ansiosa. Al principio estaba aterrada, pero ahora la ansiedad es moderada, si acaso. Pero eso es distinto a lo que me sucede cuando estoy en la autopista o en casa.

TERAPEUTA: ¿En qué es diferente?

JULIE: No sé cuándo van a aparecer las sensaciones de mareo e irrealidad.

TERAPEUTA: A partir de los análisis anteriores ¿Qué le parece si pensamos en razones potenciales de por qué podría sentirse mareada o irreal en un momento particular?

JULIE: Yo lo sé. Tengo que recordarme continuamente que podría deberse a mi respiración, al hecho de sentirme ansiosa, o cansada o a un montón de cosas diferentes.

TERAPEUTA: Bien. ¿Y por qué es tan importante saber cuándo ocurrirán esas sensaciones?

JULIE: Porque de ninguna manera quiero que se presenten.

TERAPEUTA: ¿Y por qué no? ¿De qué tiene miedo?

JULIE: Supongo que es lo mismo de siempre… ¿Que puedo enloquecer?

TERAPEUTA: Regresemos entonces a la reestructuración cognitiva que ha estado practicando. ¿De qué tiene miedo en concreto? ¿Cuáles son las alternativas?

JULIE: Ya entiendo.

TERAPEUTA: Entonces ahora puede ver que sin importar que las sensaciones de mareo o irrealidad sean provocadas por ansiedad, hiperventilación, dieta o por los ejercicios que hacemos aquí, son lo mismo, sólo son sensaciones físicas incómodas. La única razón por la que le perturban más mientras maneja o está en casa es el significado que les sigue dando en esas situaciones.

La exposición interoceptiva "naturalista" consiste en exponerse a tareas o actividades diarias que han sido evitadas o resistidas con temor por las sensaciones asociadas. Los ejemplos más comunes incluyen el ejercicio aeróbico o la actividad física vigorosa, subir corriendo tramos de escaleras, comer alimentos que generan una sensación de plenitud o que están asociados con sensaciones de ahogo, saunas o baños de vapor, manejar con las ventanas cerradas y la calefacción encendida, consumir cafeína, entre otros (por supuesto, esos ejercicios pueden ser modificados en el caso de que existan complicaciones médicas reales, como asma o hipertensión). Se establece una jerarquía a partir de una lista de actividades que suelen provocar temor y de la generación de elementos específicos para la experiencia del individuo. Cada elemento se ordena en términos de las calificaciones de ansiedad que recibe (de 0 a 10). La jerarquía de Julie fue la siguiente: mirar a través de persianas valencianas (ansiedad = 3), ver la película *Atrapado sin salida* (ansiedad = 4); jugar tenis (ansiedad = 4); escanear etiquetas en el anaquel del supermercado (ansiedad = 5); concentrarse durante una hora en la costura (ansiedad = 6); manejar con las ventanas cerradas y la calefacción encendida (ansiedad = 7); asistir a un club nocturno con luces estroboscóbicas (ansiedad = 8); y subir a las atracciones en Disneylandia (ansiedad = 10).

El diseño de los ejercicios de actividad, igual que el de los ejercicios de los síntomas, los hace repetitivos y sistemáticamente graduados. Dado que las actividades suelen ser mucho más largas que los ejercicios de inducción de síntomas, los pacientes podrían aplicar las habilidades cognitivas y de respiración durante la actividad, mientras que en los ejercicios de inducción de síntomas sólo pueden usarse las habilidades de afrontamiento después de completar el ejercicio. No obstante, se alienta a los pacientes para que se enfoquen en las sensaciones y las experimenten a plenitud durante la actividad y para que no utilicen las habilidades de afrontamiento para impedir o eliminar las sensaciones.

Se indica a los pacientes que deben identificar las cogniciones inadaptadas y repasar la reestructuración cognitiva antes de empezar cada actividad. El repaso de la preparación cognitiva durante la sesión permite al terapeuta ofrecer retroalimentación correctiva. Julie hizo esto con su terapeuta para sus dos primeras actividades naturalistas, que fueron mirar a través de persianas venecianas y ver la película *Atrapado sin salida.* Julie se percató de que estaba más preocupada por las sensaciones de irrealidad y el temor de volverse loca, aunque, como resultado de los diversos ejercicios de exposición que había realizado para este momento, muy pronto pudo aprovechar la experiencia para reconocer que dichas sensaciones eran inofensivas y podía tolerarlas, y que sus temores no eran realistas.

Igual que en todas las exposiciones, es importante identificar y eliminar (gradualmente de ser necesario) las señales de seguridad o las conductas protectoras, como teléfonos móviles, talismanes, caminar lentamente, pararse despacio y permanecer cerca de instalaciones médicas. Esas señales y conductas de seguridad refuerzan las valoraciones catastróficas inadecuadas de las sensaciones corporales. Las conductas de seguridad identificadas en el caso de Julie fueron checar la hora en el reloj (para asegurarse de que estaba en contacto con la realidad) y pellizcarse (de nuevo, para sentir la realidad). Se le pidió que practicara las dos exposiciones naturalistas, por lo menos tres veces cada una, antes de la siguiente sesión de tratamiento, sin las conductas de seguridad.

Sesiones 10 y 11

Las metas principales para estas sesiones son revisar los ejercicios de exposición *en vivo* y naturalistas realizados en la semana anterior y combinar la exposición a situaciones agorafóbicas temidas y evitadas con la inducción deliberada de las sensaciones temidas en esas situaciones. Igual que en las tareas anteriores de exposición interoceptiva, es importante evaluar y corregir la tendencia a evitar las tareas de exposición interoceptiva naturalista, principalmente mediante la consideración de las suposiciones erróneas subyacentes que dieron lugar a la evitación. Recuerde que la dependencia de señales o conductas de seguridad es una forma de evitación, por lo que el examen detallado de la forma y las condiciones en que se realizó la exposición naturalista puede ayudar a identificar la dependencia involuntaria de esas precauciones innecesarias. Julie informó que había logrado mirar a través de las persianas venecianas, aunque experimentó sensaciones de irrealidad. Le resultó más difícil ver *Atrapado sin salida* porque se relacionaba directamente con su miedo a perder el contacto con la realidad de manera permanente; aunque lo intentó, detuvo la película antes de que terminara. La segunda vez la vio con Larry, quien la instigó para que recordara sus habilidades cognitivas y respiratorias, lo que le permitió ver la película entera. Julie volvió a ver la película por sí sola. Para la semana siguiente se seleccionaron dos nuevos elementos de exposición naturalista en los que se prestó especial atención a eliminar las señales y conductas de seguridad, y a repasar la reestructuración cognitiva dentro de la sesión. Para Julie, los elementos elegidos fueron jugar tenis (algo que había evitado por años) y escanear objetos en los estantes de un supermercado.

La idea de inducir deliberadamente síntomas corporales temidos en el contexto de las situaciones agorafóbicas que causan miedo se deriva de la evidencia de que las relaciones compuestas entre señales externas e internas puede ser el agente ansiogénico más potente (esto es, la extinción profundizada que se revisó en secciones anteriores); es decir, ni la situación ni la sensación corporal desencadenan por si solas la incomodidad, lo que genera más angustia es la combinación de las dos señales, de ahí que es necesario enfocarse en ambas para que la exposición sea efectiva. De otro modo los pacientes corren el riesgo de que el temor reaparezca más tarde. Por ejemplo, la práctica repetida de caminar por un centro comercial sin sentir mareo no prepara adecuadamente a los pacientes para las ocasiones en que se sientan mareados al deambular por un centro

comercial. Sin dicha preparación es probable que los pacientes experimenten pánico o escapen si se sienten mareados en esta situación u otras similares. Llevar ropa gruesa en un restaurante ayuda a los pacientes a aprender a sentir menos miedo no sólo del restaurante, sino también de la sensación de calor en el lugar. Otros ejemplos incluyen tomar café antes de cualquiera de las tareas agorafóbicas, apagar el aire acondicionado o encender la calefacción mientras se maneja, respirar muy despacio en un área abarrotada, etcétera.

Los pacientes eligen un elemento de su jerarquía de situaciones agorafóbicas, sea uno ya completado o uno nuevo, y también seleccionan qué síntoma inducir y las formas de hacerlo en esa situación. La tarea de Julie fue beber café mientras iba al cine. Ella expresó las siguientes preocupaciones:

JULIE: ¿En verdad cree que estoy lista para beber café e ir al cine?

TERAPEUTA: ¿Qué le preocupa de la combinación de café y cine?

JULIE: Bueno, he practicado mucho en salas de cine, por lo que puedo hacerlo muy bien, pero el café me hará sentir muy ansiosa.

TERAPEUTA; ¿Y qué pasa si se siente muy ansiosa en el cine?

JULIE: Entonces no sé qué puede pasar. Tal vez vuelva a experimentar las antiguas sensaciones, por ejemplo, que tengo que salir.

TERAPEUTA: De acuerdo con todo lo que ha aprendido, ¿cómo puede manejar esas sensaciones?

JULIE: Bien, supongo que mi regla número uno es no dejar nunca una situación porque me siento ansiosa. Aguantaré hasta el final, sin que importe nada más.

TERAPEUTA: Eso suena muy bien. Significa que está aceptando la ansiedad y que aprovechará la oportunidad de aprender que puede tolerarla ¿Qué más?

JULIE: Puedo preguntarme qué es lo peor que puede suceder. Sé que no voy a morir ni a volverme loca. Probablemente sentiré que mi corazón late muy rápido por el café.

TERAPEUTA: ¿Y qué significa que su corazón lata de prisa?

JULIE: Supongo que sólo significa que mi tasa cardiaca se acelera.

TERAPEUTA: Ésta será una manera excelente para que aprenda que puede tolerar la ansiedad y los síntomas de un corazón desbocado.

La tarea para esta sesión es continuar con el automonitoreo, practicar la exposición *en vivo* combinada con la exposición interoceptiva, y continuar la exposición interoceptiva naturalista.

Sesión 12

En la última sesión de tratamiento se revisan los principios y habilidades aprendidos y se proporciona al paciente una plantilla de técnicas de afrontamiento para situaciones de alto riesgo potencial que puedan presentarse en el futuro. Julie terminó el programa después

de 12 sesiones, para este momento no había sufrido pánico en ocho semanas, rara vez había experimentado mareos o sensaciones de irrealidad y ya manejaba distancias más largas. Todavía había algunas situaciones que requerían de prácticas de exposición (p. ej., conducir distancias muy alejadas de casa y hacerlo al anochecer). Sin embargo, Julie y Larry aceptaron continuar las prácticas de exposición *en vivo* durante los siguientes meses para consolidar su aprendizaje y continuar su mejoría.

CONCLUSIONES

Como se mencionó, los tratamientos cognitivos conductuales para el trastorno de pánico y la agorafobia son sumamente efectivos y representan una de las historias de éxito de la psicoterapia. Entre 80 y 100% de los pacientes que pasan por esos tratamientos estarán libres de pánico al final de los mismos y conservarán esas ganancias por más de dos años. Esos resultados reflejan una durabilidad significativamente mayor que la de los medicamentos. Además, entre 50 y 80% de esos pacientes alcanzan un punto de "estado final elevado", lo que significa que sus síntomas y funcionamiento se encuentran dentro del campo normativo, y buena parte del resto presentan sólo sintomatología residual. Pese a ello, permanecen algunas dificultades importantes.

Primero, esos tratamientos no son infalibles. Hasta 50% de los pacientes mantienen una sintomatología sustancial a pesar de la mejoría con respecto a la línea base, situación que es particularmente probable para quienes presentan agorafobia más severa. La investigación que se realice en el futuro debe identificar la manera de mejorar o individualizar mejor los tratamientos a fin de aliviar el sufrimiento constante. Por ejemplo, hace algunos años uno de nosotros (D. H. B.) vio a un paciente que había concluido un curso inicial de tratamiento, pero que durante más de cuatro años necesitó visitas periódicas. Este paciente había mejorado considerablemente durante unos nueve meses, pero recayó durante una época particularmente estresante en su trabajo. Unas cuantas sesiones de refuerzo restablecieron su funcionamiento, pero seis meses más tarde regresó al consultorio por el resurgimiento de la sintomatología. Este patrón continuó durante cuatro años y se caracterizaba por periodos libres de síntomas, seguidos por recaídas relacionadas (al parecer) con el estrés. Además, el trastorno de pánico resurgido podía durar en ocasiones de tres a seis meses antes de desaparecer de nuevo, quizá con la ayuda de una sesión de refuerzo.

Aunque este caso fue algo inusual, en la experiencia no existe explicación sencilla para este patrón de recaídas y remisiones. El paciente, que tenía un posgrado, entendía y aceptaba el modelo de tratamiento, y llevó a cabo por completo el programa de tratamiento. Tampoco hubo duda de que comprendía plenamente la naturaleza de la ansiedad y el pánico, así como las complejidades de las estrategias terapéuticas. En el consultorio podía citar literalmente la naturaleza de esos estados emocionales, así como el detallado proceso de sus propias reacciones mientras se encontraba en esos estados. No obstante, fuera del consultorio se sorprendía repetidamente esperando "no sobrepasar el límite" durante un ataque de pánico, a pesar de que en el consultorio había expresado con claridad la irracionalidad de este concepto. Además, siguió tratando de reducir los síntomas fisiológicos menores asociados con la ansiedad y el pánico a pesar de que racionalmente comprendía a cabalidad la naturaleza de esos síntomas (incluyendo el hecho de que eran los mismos síntomas que experimentaba durante un estado de excitación que disfrutaba).

En vista de su gran capacidad para resistir el dolor, resultaba desconcertante su limitada tolerancia de esas sensaciones físicas.

Una gran cantidad de factores podría explicar lo que parecía ser una "ideación sobrevalorada" o ideas irracionales a las que se aferraba durante los periodos de ansiedad, incluyendo el hecho de que varios de sus familiares habían sido hospitalizados en repetidas ocasiones por trastornos emocionales (al parecer, trastornos del estado de ánimo o un trastorno esquizoafectivo). No obstante, todavía no se conoce la razón por la que este paciente no respondió con tanta rapidez como la mayoría de la gente. A la larga logró una recuperación completa, obtuvo varias promociones en el trabajo y consideró que el tratamiento era el punto de inflexión en su vida. Pero le llevó cinco años lograrlo.

Otros pacientes no parecen interesados en involucrarse en el tratamiento y prefieren conceptualizar sus problemas como desequilibrios químicos. A otros más les resulta difícil entender algunas de las estrategias cognitivas, por lo que es necesario un mayor esfuerzo para conseguir que esos tratamientos resulten más sencillos de llevar a cabo.

También puede parecer que este tratamiento estructurado, conducido por un protocolo, se aplica de una manera demasiado estandarizada entre los pacientes. Nada podría estar más lejos de la verdad. El arte clínico involucrado en éste, y en todos los tratamientos descritos en el libro, requiere una cuidadosa adaptación de esas estrategias de tratamiento a cada caso individual. Muchos de los síntomas de Julie giraban alrededor de las sensaciones de irrealidad (desrealización y despersonalización). Una parte importante de este programa de tratamiento consiste en enfatizar las explicaciones racionales para la producción de esas sensaciones, así como la adaptación de los ejercicios cognitivos y de exposición para maximizarlas. Aunque en el caso de Julie, al parecer bastaron los ejercicios estándar de provocación interoceptiva para provocar la sintomatología relevante, se han tenido que desarrollar nuevos procedimientos para lidiar con personas que presentan síntomas y temores más idiosincrásicos, en particular los que involucran sensaciones de irrealidad o disociación. Cada terapeuta necesitará otras innovaciones de los procedimientos cognitivos y conductuales en su aplicación de esos procedimientos.

Aunque esos nuevos tratamientos parecen ser sumamente exitosos cuando son aplicados por terapeutas entrenados, no todos los individuos que presentan esos trastornos tienen acceso fácil al tratamiento. De hecho, si bien esos tratamientos son breves y estructurados, su aplicación es mucho más difícil que la de, por ejemplo, los tratamientos farmacológicos (que también suelen ser mal aplicados). Además, son pocas las personas que en la actualidad están capacitadas para la aplicación de dichos tratamientos. Lo que estos y otros tratamientos psicosociales exitosos parecen necesitar es un nuevo método de diseminarlos, de modo que lleguen a la mayor cantidad de pacientes. La modificación de esos protocolos de tratamiento en formatos más sencillos de usar, así como periodos breves de entrenamiento para terapeutas calificados hasta un punto de certificación, son pasos importantes en la aplicación de esos tratamientos, lo cual puede ser difícil de lograr.

REFERENCIAS

Aaronson, C. J., Shear, M. K., Goetz, R. R., Allen, L. B., Barlow, D. H., White, K. S., et al. (2008). Predictors and time course of response among panic disorder patients treated with cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69,* 418– 424.

Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, M. K., Gorman, J. M., & Woods, S. W. (2010). Cognitive-behavior therapy (CBT) for panic disorder: Relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32,* 185–192.

Alneas, R., & Torgersen, S. (1990). DSM-III personality disorders among patients with major depression, anxiety disorders, and mixed conditions. *Journal of Nervous and Mental Disease,* 178, 693– 698.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Amering, M., Katschnig, H., Berger, P., Windhaber, J., Baischer, W., & Dantendorfer, K. (1997). Embarrassment about the first panic attack predicts agoraphobia in disorder patients. *Behaviour Research and Therapy, 35,* 517–521.

Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PLoS ONE, 5,* e13196.

Antony, M. M., Brown, T. A., Craske, M. G., Barlow, D. H., Mitchell, W. B., & Meadows, E. A. (1995). Accuracy of heartbeat perception in panic disorder, social phobia, and nonanxious subjects. *Journal of Anxiety Disorders, 9,* 355 –371.

Antony, M. M., Ledley, D. R., Liss, A., & Swinson, R. P. (2006). Responses to symptom induction exercises in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 44,* 85–98.

Antony, M. M., Meadows, E. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). Cardiac awareness before and after cognitivebehavioral treatment for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 8,* 341–350.

Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Plumb, J. C., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized trial of cognitive behavioral therapy versus acceptance and commitment therapy for the treatment of mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80,* 750–765.

Arnow, B. A., Taylor, C. B., Agras, W. S., & Telch, M. J. (1985). Enhancing agoraphobia treatment outcome by changing couple communication patterns. *Behavior Therapy, 16,* 452– 467.

Arrindell, W., & Emmelkamp, P. (1987). Psychological states and traits in female agoraphobics: A controlled study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 9,* 237–253.

Baldwin, D. S. (1998). Depression and panic: Comorbidity. *European Psychiatry, 13,* 65s–70s.

Bandelow, B., Spath, C., Tichaner, G. A., Brooks, A., Hajak, G., & Ruther, E. (2002). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 43,* 269–278.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic.* New York: Guilford Press.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Barlow, D. H., Brown, T. A., & Craske, M. G. (1994). Definitions of panic attacks and panic disorder in the DSM-IV: Implications for research. *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 553 –564.

Barlow, D. H., Cohen, A., Waddell, M., Vermilyea, J., Klosko, J., Blanchard, E., et al. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: Nature and treatment. *Behavior Therapy, 15,* 431– 449.

Barlow, D. H., & Craske, M. G. (1994). *Mastery of your anxiety and panic* (2nd ed.) San Antonio, TX: Harcourt Brace.

Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2006). *Mastery of your anxiety and panic: Patient workbook* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy,* 20, 261–282.

Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 283*(19), 2529–2536.

Barlow, D. H., O'Brien, G. T., & Last, C. G. (1984). Couples treatment of agoraphobia. *Behavior Therapy, 15*(1), 41–58.

Barlow, D. H., O'Brien, G. T., Last, C. G., & Holden, A. E. (1983). Couples treatment of agoraphobia. In K. D. Craig & R. J. McMahon (Eds.), *Advances in clinical behavior therapy* (pp. 99–127). New York: Brunner/Mazel.

Barlow, D. H., Vermilyea, J., Blanchard, E., Vermilyea, B., Di Nardo, P., & Cerny, J. (1985). Phenomenon of panic. *Journal of Abnormal Psychology, 94,* 320 –328.

Barsky, A. J., Cleary, P. D., Sarnie, M. K., & Ruskin, J. N. (1994). Panic disorder, palpitations, and the awareness of cardiac activity. *Journal of Nervous and Mental Disease, 182,* 63 –71.

Basoglu, M., Marks, I. M., Kilic, C., Brewin, C. R., & Swinson, R. P. (1994). Alprazolam and exposure for panic disorder with agoraphobia: Attribution of improvement to medication predicts subsequent relapse. *British Journal of Psychiatry, 164,* 652– 659.

Beck, J. G., & Shipherd, J. C. (1997). Repeated exposure to interoceptive cues: Does habituation of fear occur in panic disorder patients?: A preliminary report. *Behaviour Research and Therapy, 35,* 551–557.

Beck, J. G., Shipherd, J. C., & Zebb, B. J. (1997). How does interoceptive exposure for panic disorder work?: An uncontrolled case study. *Journal of Anxiety Disorders, 11,* 541–556.

Beck, J. G., Stanley, M. A., Baldwin, L. E., Deagle, E. A., & Averill, P. M. (1994). Comparison of cognitive therapy and relaxation training for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 818–826.

Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2007). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America, 32,* 483 –524.

Biederman, J., Faraone, S. V., Marrs, A., & Moore, P. (1997). Panic disorder and agoraphobia in consecutively referred children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36* (12), 214 –223.

Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Costello, J., Foley, D. L., & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48,* 1174 –1183.

Black, D. W., Monahan, P., Wesner, R., Gabel, J., & Bowers, W. (1996). The effect of fluvoxamine, cognitive therapy, and placebo on abnormal personality traits in 44 patients with panic disorder. *Journal of Personality Disorders, 10,* 185–194.

Bland, K., & Hallam, R. (1981). Relationship between response to graded exposure and marital satisfaction in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy, 19,* 335 –338.

Block, R. I., Ghoneim, M. M., Fowles, D. C., Kumar, V., & Pathak, D. (1987). Effects of a subanesthetic concentration of nitrous oxide on establishment, elicitation and semantic and phonemic generalization of classically conditioned skin conductance responses. *Pharmacological and Biochemical Behavior, 28,* 7–14.

Bohni, M. K., Spindler, H., Arendt, M., Hougaard, E., & Rosenberg, N. K. (2009). A randomized study of massed three-week cognitive behavioural therapy schedule for panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 120* (3), 187–195.

Bonn, J. A., Harrison, J., & Rees, W. (1971). Lactate-induced anxiety: Therapeutic application. *British Journal of Psychiatry, 119,* 468– 470.

Bouchard, S., Gauthier, J., Laberge, B., French, D., Pelletier, M., & Godbout, D. (1996). Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 34,* 213 –224.

Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Gournier, T., et al. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference [Special issue: *Telemedicine in Canada]. Telemedicine Journal and E-Health, 10* (1), 13–24.

Bouton, M. E. (1993). Context, time and memory retrieval in the interference paradigms of Pavlovian learning. *Psychological Bulletin, 114,* 90 –99.

Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning-theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review, 108* (1), 4–32.

Bouton, M. E., & Swartzentruber, D. (1991). Sources of relapse after extinction in Pavlovian conditioning and instrumental conditioning. *Behavioral Neuroscience, 104,* 44–55.

Broocks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Bartmann, U., et al. (1998). Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 155,* 603– 609.

Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 408– 418.

Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 754–765.

Brown, T. A., & Barlow, D. H. (in press). *Anxiety Disorders Interview Schedule–5.* New York: Oxford University Press.

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110* (4), 585 –599.

Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(2), 179–192.

Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 110* (1), 49–58.

Brown, T. A., White, K. S., Forsyth, J. P., & Barlow, D. H. (2004). The structure of perceived emotional control: Psychometric properties of a revised Anxiety Control Questionnaire. *Behavior Therapy, 35*(1), 75 –99.

Buglass, P., Clarke, J., Henderson, A., & Presley, A. (1977). A study of agoraphobic housewives. *Psychological Medicine, 7,* 73 –86.

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26,* 17–31.

Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion, 6*(4), 587–595.

Carlbring, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of CBT vs. applied relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34,* 129–140.

Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M, Klado, V., et al. (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the internet. *Behaviour Research and Therapy, 43,* 1321–1333.

Carter, M. M., Sbrocco, T., Gore, K. L., Marin, N. W., & Lewis, E. L. (2003). Cognitive-behavioral group therapy versus a wait-list control in the treatment of African American women with panic disorder. *Cognitive Therapy and Research, 27*(5), 505–518.

Cerny, J. A., Barlow, D. H., Craske, M. G., & Himadi, W. G. (1987). Couples treatment of agoraphobia: A two-year follow-up. *Behavior Therapy, 18,* 401– 415.

Chambless, D. L. (1990). Spacing of exposure sessions in treatment of agoraphobia and simple phobia. *Behavior T herapy, 21,* 217–229.

Chambless, D. L., Caputo, G., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 1090 –1097.

Chambless, D. L., Caputo, G., Gracely, S., Jasin, E., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 23,* 35– 44.

Chambless, D. L., & Renneberg, B. (1988, September). *Personality disorders of agoraphobics.* Paper presented at World Congress of Behavior Therapy, Edinburgh, Scotland.

Clark, D. M. (1996). Panic disorder: From theory to therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *From frontiers of cognitive therapy: The state of art and beyond* (pp. 318–344). New York: Guilford Press.

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy,* 24, 461– 470.

Clark, D. M., & Ehlers, A. (1993). An overview of the cognitive theory and treatment of panic disorder. *Applied*

and Preventive Psychology, 2, 131–139.
Clark, D. M., Salkovskis, P., & Chalkley, A. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 16,* 23–30.
Clark, D. M., Salkovskis, P., Gelder, M., Koehler, C., Martin, M., Anastasiades, P., et al. (1988). Tests of a cognitive theory of panic. In I. Hand & H. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias II* (pp. 71–90). Berlin: Springer-Verlag.
Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry, 164,* 759 –769.
Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67,* 583–589.
Cote, G., Gauthier, J. G., Laberge, B., Cormier, H. J., & Plamondon, J. (1994). Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy, 25,* 123 –145.
Cox, B. J., Endler, N. S., & Swinson, R. P. (1995). An examination of levels of agoraphobic severity in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 57– 62.
Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1988). A review of the relationship between panic and avoidance. *Clinical Psychology Review, 8,* 667– 685.
Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1989). Nocturnal panic. *Journal of Nervous and Mental Disease, 177*(3), 160 – 167.
Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide* (3rd ed.). New York: Oxford University P ress.
Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1991). Behavioral treatment of panic disorder: A two-year follow-up. *Behavior Therapy, 22,* 289 –304.
Craske, M. G., DeCola, J. P., Sachs, A. D., & Pontillo, D. C. (2003). Panic control treatment of agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(3), 321–333.
Craske, M. G., Farchione, T., Allen, L., Barrios, V., Stoyanova, M., & Rose, D. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more. *Behaviour Research and Therapy, 45*(6), 1095–1109.
Craske, M. G., & Freed, S. (1995). Expectations about arousal and nocturnal panic. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 567–575.
Craske, M. G., Glover, D., & DeCola, J. (1995). Predicted versus unpredicted panic attacks: Acute versus general distress. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 214 –223.
Craske, M. G., Golinelli, D., Stein, M. B., Roy-Byrne, P., Bystritsky, A., & Sherbourne, C. (2005). Does the addition of cognitive behavioral therapy improve panic disorder treatment outcome relative to medication alone in the primarycare setting? *Psychological Medicine, 35*(11), 1645–1654.
Craske, M. G., Kircanski, K., Epstein, A., Wittchen, H.-U., Pine, D.S., Lewis-Fernandez, R., et al. (2010). Panic disorder: A review of DSM-IV panic disorder and proposals for DSM-V. *Depression and Anxiety, 27,* 93 –112.
Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy, 46,* 5–27.
Craske, M. G., Lang, A. J., Aikins, D., & Mystkowski, J. L. (2005). Cognitive behavioral therapy for nocturnal panic. *Behavior Therapy, 36,* 43–54.
Craske, M. G., Lang, A. J., Rowe, M., DeCola, J. P., Simmons, J., Mann, C., et al. (2002). Presleep attributions about arousal during sleep: Nocturnal panic. *Journal of Abnormal Psychology, 111,* 53 – 62.
Craske, M. G., Liao, B., Brown, L., & Vervliet, B. (2012). Role of inhibition in exposure therapy. *Journal of Experimental Psychopathology, 3*(3), 322–345.
Craske, M. G., Maidenberg, E., & Bystritsky, A. (1995). Brief cognitive-behavioral versus non directive therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 26,* 113 –120.
Craske, M. G., Miller, P. P., Rotunda, R., & Barlow, D. H. (1990). A descriptive report of features of initial unexpected panic attacks in minimal and extensive avoiders. *Behaviour Research and Therapy, 28,* 395 – 40 0.
Craske, M. G., Poulton, R., Tsao, J. C. I., & Plotkin, D. (2001). Paths to panic–agoraphobia: An exploratory analysis from age 3 to 21 in an unselected birth cohort. *American Journal of Child and Adolescent Psychiatry,*

40, 556–563.
Craske, M. G., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1988). The significance of panic–expectancy for individual patterns of avoidance. *Behavior Therapy, 19,* 577–592.
Craske, M. G., Rose, R. D., Lang, A., Welch, S., Campbell-Sills, L., Sullivan, G., et al. (2009). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in primary care settings. *Depression and Anxiety, 26,* 235 –242.
Craske, M. G., & Rowe, M. K. (1997a). A comparison of behavioral and cognitive treatments of phobias. In G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias— a handbook of theory, research and treatment* (pp. 247–280). West Sussex, UK: Wiley.
Craske, M. G., & Rowe, M. K. (1997b). Nocturnal panic. Clinical *Psychology: Science and Practice, 4,* 153 – 174.
Craske, M. G., Rowe, M., Lewin, M., & Noriega-Dimitri, R. (1997). Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Clinical Psychology, 36,* 85 –99.
Craske, M. G., Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Donald-Sherbourne, C., Bystritsky, A., Katon, W., et al. (2002). Treating panic disorder in primary care: A collaborative care intervention. *General Hospital Psychiatry, 24* (3), 148–155.
Craske, M. G., Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Sullivan, G., Hazlett-Stevens, H., Bystritsky, A., et al. (2006). CBT intensity and outcome for panic disorder in a primary care setting. *Behavior Therapy, 37,* 112 –119.
Craske, M. G., Stein, M. B., Sullivan, G., Sherbourne, C., Bystritsky, A., Rose, D., et al. (2011). Disorder specific impact of CALM treatment for anxiety disorders in primary care. *Archives of General Psychiatry,* 68, 378–388.
Craske, M. G., & Tsao, J. C. I. (1999). Self-monitoring with panic and anxiety disorders. *Psychological Assessment, 11,* 466 – 479.
Culver, N., Stoyanova, M. S., & Craske, M. G. (2012). Emotional variability and sustained arousal during exposure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43,* 787–793.
Culver, N., Vervliet, B., & Craske, M. G. (in press). Compound extinction: Using the Rescorla-Wagner model to maximize the effects of exposure therapy for anxiety disorders. *Clinical Psychological Science.*
Dattilio, F. M., & Salas-Auvert, J. A. (2000). *Panic disorder: Assessment and treatment through a wide-angle lens.* Phoenix, AZ: Zeig, Tucker.
Deacon, B., & Abramowitz, J. (2006). A pilot study of twoday cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 44,* 807–817.
de Beurs, E., Lange, A., van Dyck, R., & Koele, P. (1995). Respiratory training prior to exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia: Efficacy and predictors of outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 29,* 10 4 –113.
de Beurs, E., van Balkom, A. J., Lange, A., Koele, P., & van Dyck, R. (1995). Treatment of panic disorder with agoraphobia: Comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *American Journal of Psychiatry, 152,* 683 – 691.
Debiec, J., & Le Doux, J. E. (2004). Disruption of reconsolidation but not consolidation of auditory fear conditioning by noradrenergic blockade in the amygdala. *Neuroscience, 129* (2), 267–272.
Deckert, J., Nothen, M. M., Franke, P., Delmo, C., Fritze, J., Knapp, M., et al. (1998). Systematic mutation screening and association study of the A1 and A2a adenosine receptor genes in panic disorder suggest a contribution of the A2a gene to the development of disease. *Molecular Psychiatry, 3,* 81–85.
De Cort, K., Hermans, D., Spruyt, A., Griez, E., & Schruers, K. (2008). A specific attentional bias in panic disorder? *Depression and Anxiety, 25*(11), 951–955.
de Jong, M. G., & Bouman, T. K. (1995). Panic disorder: A baseline period: Predictability of agoraphobic avoidance behavior. *Journal of Anxiety Disorders, 9,* 185 –199.
Dewey, D., & Hunsley, J. (1990). The effects of marital adjustment and spouse involvement on the behavioral treatment of agoraphobia: A meta-analytic review. *Anxiety Research, 2* (2), 69 – 83.
Di Nardo, P., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule—Fourth Edition (ADISIV).* New York: Oxford University Press.
Domschke, K., Agineszka, G., Winter, B., Hermann, M. J., Warrings B., Muhlberger, A., et al. (2011).

ADORA2A gene variation, caffeine, and emotional processing: A multi-level interaction on startle reflex. *Neuropsychopharmacology, 37,* 759 –769.

Dow, M., Kenardy, J., Johnston, D., Newman, M., Taylor, C., & Thomson, A. (2007). Prognostic indices with brief and standard CBT for panic disorder: I. Predictors of outcome. *Psychological Medicine, 27,* 1493–1502.

Dreessen, L., Arntz, A., Luttels, C., & Sallaerts, S. (1994). Personality disorders do not influence the results of cognitive behavior therapies for anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry, 35*(4), 265–274.

Dworkin, B. R., & Dworkin, S. (1999). Heterotopic and homotopic classical conditioning of the baroreflex. *Integrative Physiological and Behavioral Science, 34* (3), 158–176.

Ehlers, A. (1995). A 1–year prospective study of panic attacks: Clinical course and factors associated with maintenance. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 164 –172.

Ehlers, A., & Breuer, P. (1992). Increased cardiac awareness in panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 371–382.

Ehlers, A., & Breuer, P. (1996). How good are patients with panic disorder at perceiving their heartbeats? *Biological Psychology, 42,* 165 –182.

Ehlers, A., Breuer, P., Dohn, D., & Fiegenbaum, W. (1995). Heartbeat perception and panic disorder: Possible explanations for discrepant findings. *Behaviour Research and T herapy, 33,* 69 –76.

Ehlers, A., & Margraf, J. (1989). The psychophysiological model of panic attacks. In P. M. G. Emmelkamp (Ed.), *Anxiety disorders: Annual series of European research in behavior therapy* (Vol. 4, pp. 1–29). Amsterdam: Swets.

Ehlers, A., Margraf, J., Davies, S., & Roth, W. T. (1988). Selective processing of threat cues in subjects with panic attacks. *Cognition and Emotion, 2,* 201–219.

Ehlers, A., Margraf, J., Roth, W. T., Taylor, C. B., & Birnbaumer, N. (1988). Anxiety induced by false heart rate feedback in patients with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 26* (1), 1–11.

Eifert, G. H., & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34* (3– 4), 293–312.

Eley, T. C. (2001). Contributions of behavioral genetics research: Quantifying genetic, shared environmental and nonshared environmental influences. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 45–59). New York: Oxford University Press. Emmelkamp, P. (1980). Agoraphobic's interpersonal problems. Archives of General Psychiatry, 37, 1303–1306.

Emmelkamp, P. M., & Wittchen, H.-U. (2009). Specific phobias. In G. Andrews (Ed.), *Stress-induced and fear circuitry disorders: Advancing the research agenda for DSM-V* (pp. 77–104). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Evans, L., Holt, C., & Oei, T. P. S. (1991). Long term followup of agoraphobics treated by brief intensive group cognitive behaviour therapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* 25, 343–349.

Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality.* Springfield, IL: Thomas.

Faravelli, C., Pallanti, S., Biondi, F., Paterniti, S., & Scarpato, M. A. (1992). Onset of panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 149,* 827–828.

Feigenbaum, W. (1988). Long-term efficacy of ungraded versus graded massed exposure in agoraphobics. In I. Hand & H. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias: Treatments and variables affecting course and outcome* (pp. 83–88). Berlin: Springer-Verlag.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1994). S*tructured Clinical Interview for Axis I* DSM-IV Disorders. New York: Biometric Research Department, New York State Psychiatric Institute.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99,* 20 –35.

Foa, E. B., & McNally, R. J. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 329–343). New York: Guilford Press.

Forsyth, J. P., Palav, A., & Duff, K. (1999). The absence of relation between anxiety sensitivity and fear conditioning using 20% versus 13% CO2-enriched air as unconditioned stimuli. *Behaviour Research and Therapy, 37* (2), 143 –153.

Friedman, S., & Paradis, C. (1991). African-American patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders, 5,* 35– 41.

Friedman, S., Paradis, C. M., & Hatch, M. (1994). Characteristics of African-American and white patients with

panic disorder and agoraphobia. *Hospital and Community Psychiatry, 45,* 798 – 803.
Fry, W. (1962). The marital context of an anxiety syndrome. *Family Process, 1,* 245 –252.
Garssen, B., de Ruiter, C., & van Dyck, R. (1992). Breathing retraining: A rational placebo? *Clinical Psychology Review, 12,* 141–153.
Ghosh, A., & Marks, I. M. (1987). Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behavior Therapy, 18,* 3–16.
Glenn, D., Golinelli, D., Rose, R., Roy-Byrne, P., Stein, M., Sullivan, G., et al. (in press). Who gets the most out of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: The role of treatment dose and patient engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.*
Gloster, A. T., Wittchen, H.-U., Einsle, F., Lang, T., Helbig-Lang, S., Fydrich, T., et al. (2011). Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: A randomized controlled trial to examine the role of therapistguided exposure in situ in CBT. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79,* 406 – 420.
Goisman, R. M., Goldenberg, I., Vasile, R. G., & Keller, M. B. (1995). Comorbidity of anxiety disorders in a multicenter anxiety study. *Comprehensive Psychiatry, 36,* 303 –311.
Goisman, R. M., Warshaw, M. G., Peterson, L. G., Rogers, M. P., Cuneo, P., Hunt, M. F., et al. (1994). Panic, agoraphobia, and panic disorder with agoraphobia: Data from a multicenter anxiety disorders study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 182,* 72–79.
Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy, 9,* 47–59.
Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2005). Childhood abuse and familial violence and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood. *Psychological Medicine, 35,* 881–890.
Gorman, J. M., Papp, L. A., Coplan, J. D., Martinez, J. M., Lennon, S., Goetz, R. R., et al. (1994). Anxiogenic effects of CO2 and hyperventilation in patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 151*(4), 547–553.
Gould, R. A., & Clum, G. A. (1995). Self-help plus minimal therapist contact in the treatment of panic disorder: A replication and extension. *Behavior Therapy, 26,* 533 –546.
Gould, R. A., Clum, G. A., & Shapiro, D. (1993). The use of bibliotherapy in the treatment of panic: A preliminary investigation. *Behavior Therapy, 24,* 241–252.
Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system.* New York: Oxford University Press.
Griez, E., & van den Hout, M. A. (1986). CO2 inhalation in the treatment of panic attacks. *Behaviour Research and Therapy, 24,* 145 –150.
Grilo, C. M., Money, R., Barlow, D. H., Goddard, A. W., Gorman, J. M., Hofmann, S. G., et al. (1998). Pretreatment patient factors predicting attrition from a multicenter randomized controlled treatment study for panic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 39,* 323 –332.
Haby, M., Donnelly, M., Corry, J., & Vos, T. (2006). Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: A meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40,* 9 –19.
Hafner, R. J. (1984). Predicting the effects on husbands of behavior therapy for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 22,* 217–226.
Hamilton, S. P., Fyer, A. J., Durner, M., Heiman, G. A., Baisre de Leon, A., Hodge, S. E., et al. (2003). Further genetic evidence for a panic disorder syndrome mapping to chromosome 13q. *Proceedings of National Academy of Science USA, 100,* 2550 –2555.
Hamilton, S. P., Slager, S. L., De Leon, A. B., Heiman, G. A., Klein, D. F., Hodge, S. E., et al. (2004). Evidence for genetic linkage between a polymorphism in the adenosine 2A receptor and panic disorder. *Neuropsychopharmacology, 29,* 558–565.
Hamilton, S. P., Slager, S. L., Helleby, L., Heiman, G. A., Klein, D. F., Hodge, S. E., et al. (2001). No association or linkage between polymorphisms in the genes encoding cholecystokinin and the cholecystokinin B receptor and panic disorder. *Molecular Psychiatry, 6,* 59– 65.
Hand, I., & Lamontagne, Y. (1976). The exacerbation of interpersonal problems after rapid phobia removal. Psychotherapy: Theory, *Research and Practice, 13,* 405– 411.
Haslam, M. T. (1974). The relationship between the effect of lactate infusion on anxiety states and their amelioration by carbon dioxide inhalation. *British Journal of Psychiatry, 125,* 88–90.
Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential*

approach to behavior change. New York: Guilford Press.
Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., & Follette, V. M. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152 –1168.
Hayward, C., Killen, J. D., Hammer, L. D., Litt, I. F., Wilson, D. M., Simmonds, B., et al. (1992). Pubertal stage and panic attack history in sixth- and seventh-grade girls. American *Journal of Psychiatry, 149,* 1239 –1243.
Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (2000). Predictors of panic attacks in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39* (2), 1–8.
Hecker, J. E., Losee, M. C., Fritzler, B. K., & Fink, C. M. (1996). Self-directed versus therapist-directed cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 10,* 253 –265.
Hecker, J. E., Losee, M. C., Roberson-Nay, R., & Maki, K. (2004). Mastery of your anxiety and panic and brief therapist contact in the treatment of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 18* (2), 111–126.
Helbig-Lang, S., & Petermann, F. (2010). Tolerate or eliminate?: A systematic review on the effects of safety behavior across anxiety disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*(3), 218 –233.
Heldt, E., Manfro, G. G., Kipper, L., Blaya, C., Isolan, L., & Otto, M. W. (2006). One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: Outcome and predictors of remission. *Behaviour Research and Therapy, 44*(5), 657– 665.
Hermans, D., Craske, M. G., Mineka, S., & Lovibond, P. F. (2006). Extinction in human fear conditioning. *Biological Psychiatry, 60,* 361–368.
Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M. M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., et al. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38* (8), 602 – 612.
Hibbert, G., & Pilsbury, D. (1989). Hyperventilation: Is it a cause of panic attacks? *British Journal of Psychiatry, 155,* 805–809.
Himadi, W., Cerny, J., Barlow, D., Cohen, S., & O'Brien, G. (1986). The relationship of marital adjustment to agoraphobia treatment outcome. *Behaviour Research and Therapy, 24,* 107–115.
Hoffart, A. (1995). A comparison of cognitive and guided mastery therapy of agoraphobia. *Behaviour Research and T herapy, 33,* 423 – 434.
Hoffart, A. (1997). Interpersonal problems among patients suffering from panic disorder with agoraphobia before and after treatment. *British Journal of Medical Psychology, 70*(2), 149–157.
Hoffart, A., & Hedley, L. M. (1997). Personality traits among panic disorder with agoraphobia patients before and after symptom-focused treatment. *Journal of Anxiety Disorders, 11,* 77–87.
Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L., & Martinsen, E. W. (2008). Mechanisms of change in cognitive therapy for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39* (3), 262–275.
Hofmann, S. G., Shear, M. K., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Hershberger, D., Patterson, M., et al. (1988). Effects of panic disorder treatments on personality disorder characteristics. *Depression and Anxiety, 8* (1), 14 –20.
Hofmann, S. G., Suvak, M. K., Barlow, D. H., Shear, M. K., Meuret, A. E., et al. (2007). Preliminary evidence for cognitive mediation during cognitive-behavioral therapy of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75* (3), 374 –379.
Holden, A. E. O., O'Brien, G. T., Barlow, D. H., Stetson, D., & Infantino, A. (1983). Self-help manual for agoraphobia: A preliminary report of effectiveness. *Behavior Therapy, 14,* 545 –556.
Holt, P., & Andrews, G. (1989). Hyperventilation and anxiety in panic disorder, agoraphobia, and generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 453 –460.
Hope, D. A., Rapee, R. M., Heimberg, R. G., & Dombeck, M. J. (1990). Representations of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research, 14,* 177–189.
Hornsveld, H., Garssen, B., Fiedeldij Dop, M., & van Spiegel, P. (1990). Symptom reporting during voluntary hyperventilation and mental load: Implications for diagnosing hyperventilation syndrome. *Journal of Psychosomatic Research, 34,* 687– 697.
Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapist, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69* (5), 747–755.

Issakidis, C., & Andrews, G. (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109* (6), 426 – 433.

Ito, L. M., Noshirvani, H., Basoglu, M., & Marks, I. M. (1996). Does exposure to internal cues enhance exposure to external exposure to external cues in agoraphobia with panic. *Psychotherapy and Psychosomatics, 65,* 24 –28.

Izard, C. E. (1992). Basic emotions, relations among emotions, and emotion cognition relations. *Psychological Review, 99,* 561–565.

Jacob, R. G., Furman, J. M., Clark, D. B., & Durrant, J. D. (1992). Vestibular symptoms, panic, and phobia: Overlap and possible relationships. *Annals of Clinical Psychiatry, 4*(3), 163–174.

Kampfe, C. K., Gloster, A. T., Wittchen, H.-U., Helbig-Lang, S., Lang, T., & Gerlach, A. L. (2012). Experiential avoidance and anxiety sensitivity in patients with panic disorder and agoraphobia: Do both constructs measure the same? *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12,* 5–22.

Kampman, M., Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L., & Hendriks, G.-J. (2002). A randomized, double-blind, placebocontrolled study of the effects of adjunctive paroxetine in panic disorder patients unsuccessfully treated with cognitive-behavioral therapy alone. *Journal of Clinical Psychiatry, 63* (9), 772–777.

Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Lipscomb, P., Russo, J., Wagner, E., et al. (1990). Distressed high utilizers of medical care: DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *General Hospital Psychiatry, 12* (6), 355 –362.

Katschnig, H., & Amering, M. (1998). The long-term course of panic disorder and its predictors. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 18* (6, Suppl. 2), 6S–11S.

Keijsers, G. P., Kampman, M., & Hoogduin, C. A. (2001). Dropout prediction in cognitive behavior therapy for panic disorder. *Behavior Therapy, 32*(4), 739 –749.

Keijsers, G. P., Schaap, C. P., Hoogduin, C. A., & Lammers, M. W. (1995). Patient–therapist interaction in the behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification, 19,* 491–517.

Keller, M. L., & Craske, M. G. (2008). Panic disorder and agoraphobia. In J. Hunsley & E. J. Mash (Eds.), *A guide to assessments that work* (pp. 229–253). New York: Oxford University Press.

Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and co-twin analysis. *Archives of General Psychiatry, 57,* 953–959.

Kendler, K. S., Heath, A. C., Martin, N. G., & Eaves, L. J. (1987). Symptoms of anxiety and symptoms of depression: Same genes, different environments? *Archives of General Psychiatry, 44,* 451– 457.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62,* 593 – 602.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593 – 602.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 63,* 415– 424.

Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the U.S. National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine, 27,* 1101–1119.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshkeman, S., et al. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry, 51,* 8 –19.

Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H.-U. (2012). Twelve-month and life time prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 21*(3), 169–184.

Keyl, P. M., & Eaton, W. W. (1990). Risk factors for the onset of panic disorder and other panic attacks in a prospective, population-based study. *American Journal of Epidemiology, 131,* 301–311.

Kikuchi, M., Komuro, R., Hiroshi, O., Kidani, T., Hanaoka, A., & Koshino, Y. (2005). Panic disorder with and without agoraphobia: Comorbidity within a half-year of the onset of panic disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 58,* 639 – 643.

Kindt, M., Soeter, M., & Vervliet, B. (2009). Beyond extinction: Erasing human fear responses and preventing the return of fear. *Nature Neuroscience, 12,* 256 –258.

Kircanski, K., Craske, M. G., Epstein, A. M., & Wittchen, H.-U. (2009). Subtypes of panic attacks: A critical review of the empirical literature. *Depression and Anxiety, 26,* 878–887.

Kircanski, K., Mortazavi, A., Castriotta, N., Baker, A., Mystkowski, J., Yi, R., et al. (2011). Challenges to the traditional exposure paradigm: variability in exposure therapy for contamination fears. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43,* 745–751.

Kiropoulos, L. A., Klein, B., Austin, D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell J., et al. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *Journal of Anxiety Disorders, 22,* 1273 – 1284.

Kraft, A. R., & Hoogduin, C. A. (1984). The hyperventilation syndrome: A pilot study of the effectiveness of treatment. *British Journal of Psychiatry, 145,* 538 –542.

Kroeze, S., & van den Hout, M. A. (2000). Selective attention for cardiac information in panic patients. *Behaviour Research and Therapy, 38,* 63 –72.

Krystal, J. H., Woods, S. W., Hill, C. L., & Charney, D. S. (1991). Characteristics of panic attack subtypes: Assessment of spontaneous panic, situational panic, sleep panic, and limited symptom attacks. *Comprehensive Psychiatry, 32(6),* 474 – 480.

Lake, R. I., Eaves, L. J., Maes, H. H., Heath, A. C., & Martin, N. G. (2000). Further evidence against the environmental transmission of individual differences in neuroticism from a collaborative study of 45,850 twins and relatives of two continents. *Behavior Genetics, 30* (3), 223–233.

Lang, A. J., & Craske, M. G. (2000). Manipulations of exposure based therapy to reduce return of fear: a replication. *Behaviour Research and Therapy, 38,* 1–12.

Lehman, C. L., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1998). Effects of cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia on concurrent alcohol abuse. *Behavior Therapy, 29,* 423 – 433.

Lelliott, P., Marks, I., McNamee, G., & Tobena, A. (1989). Onset of panic disorder with agoraphobia: Toward an integrated model. *Archives of General Psychiatry, 46,* 1000–1004.

Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy, 35,* 747–766.

Lewis-Fernandez, R., Hinton, D. E., Laria, A. J., Patterson, E. H., Hofmann, S. G., Craske, M. et al. (2010). Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety, 27,* 212 –229.

Lidren, D. M., Watkins, P., Gould, R. A., Clum, G. A., Asterino, M., & Tulloch, H. L. (1994). A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 865–869.

Lovibond, P. F., Davis, N. R., & O'Flaherty, A. S. (2000). Protection from extinction in human fear conditioning. *Behaviour Research and Therapy, 38,* 967–983.

Lissek, S., Powers, A. S., McClure, E. B., Phelps, E. A., Wolderhawariat, G., et al. (2005). Classical fear conditioning in the anxiety disorders: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 43,* 1391–1424.

Lissek, S., Rabin, S. J., Heller, R. E., Lukenbaugh, D., Geraci, M., Pine, D. S., et al. (2010). Overgeneralization of conditioned fear as a pathogenic marker of panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 167*(1), 47–55.

Lissek, S., Rabin, S. J., McDowell, D. J., Divir, S., Bradford, D. E., Geraci, M., et al. (2009). Impaired discriminative fear-conditioning resulting from elevated fear responding to learned safety cues among individuals with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 47*(2), 111–118.

Maidenberg, E., Chen, E., Craske, M., Bohn, P., & Bystritsky, A. (1996). Specificity of attentional bias in panic disorder and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 10,* 529–541.

Maier, S. F., Laudenslager, M. L., & Ryan, S. M. (1985). Stressor controllability, immune function and endogenous opiates. In F. R. Brush & J. B. Overmeier (Eds.), *Affect, conditioning and cognition: Essays on the determinants of behavior* (pp. 183–201). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Maller, R. G., & Reiss, S. (1992). Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders, 6*(3), 241–247.

Mannuzza, S., Fyer, A. J., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1990). Delineating the boundaries of social phobia: Its relationship to panic disorder and agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders, 4* (1), 41–59.

Marchand, A., Goyer, L. R., Dupuis, G., & Mainguy, N. (1998). Personality disorders and the outcome of cognitive-behavioural treatment of panic disorder with agoraphobia. *Canadian Journal of Behavioural Science, 30*(1), 14 –23.

Margraf, J., Taylor, C. B., Ehlers, A., Roth, W. T., & Agras, W. S. (1987). Panic attacks in the natural environment. *Journal of Nervous and Mental Disease, 175,* 558 –565.

Marks, I. M., Swinson, R. P., Basoglu, M., Kuck, K., Noshirvani, H., O'Sullivan, G., et al. (1993). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: A controlled study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry, 162,* 776 –787.

Martin, N. G., Jardine, R., Andrews, G., & Heath, A. C. (1988). Anxiety disorders and neuroticism: Are there genetic factors specific to panic? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 77,* 698–706.

Mavissakalian, M., & Hamman, M. (1987). DSM-III personality disorder in agoraphobia: II. Changes with treatment. *Comprehensive Psychiatry, 28,* 356 –361.

McLean, P. D., Woody, S., Taylor, S., & Koch, W. J. (1998). Comorbid panic disorder and major depression: Implications for cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 240–247.

McNally, R. J., & Lorenz, M. (1987). Anxiety sensitivity in agoraphobics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 18* (1), 3–11.

McNally, R. J., Riemann, B. C., Louro, C. E., Lukach, B. M., & Kim, E. (1992). Cognitive processing of emotional information in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 30,* 143 – 149.

McNamee, G., O'Sullivan, G., Lelliott, P., & Marks, I. M. (1989). Telephone-guided treatment for housebound agoraphobics with panic disorder: Exposure vs. relaxation. *Behavior Therapy, 20,* 491– 497.

Mellman, T. A., & Uhde, T. W. (1989). Sleep panic attacks: New clinical findings and theoretical implications. *American Journal of Psychiatry, 146,* 1204 –1207.

Messenger, C., & Shean, G. (1998). The effects of anxiety sensitivity and history of panic on reactions to stressors in a non-clinical sample. *Journal of Behavior Therapy, 29,* 279–288.

Meuret, A. E., Rosenfield, D., Seidel, A., Bhaskara, L., & Hofmann, S. G. (2010). Respiratory and cognitive mediators of treatment change in panic disorder: Evidence for intervention specificity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78,* 691–704.

Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Hayes, S. C., & Craske, M. G. (2012). Brief acceptance and com m itment therapy and exposure for panic disorder: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice, 19* (4), 606–618.

Meuret, A. E., Wilhelm, F. H., Ritz, T., & Roth, W. T. (2008). Feedback of end-tidal pCO2 as a therapeutic approach for panic disorder. *Journal of Psychiatric Research, 42*(7), 560 –568.

Michelson, L., Mavissakalian, M., Marchione, K., Ulrich, R., Marchione, N., & Testa, S. (1990). Psychophysiological outcome of cognitive, behavioral, and psychophysiologically based treatments of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 28,* 127–139.

Milton, F., & Hafner, J. (1979). The outcome of behavior therapy for agoraphobia in relation to marital adjustment. *Archives of General Psychiatry, 36,* 807– 811.

Mineka, S., Cook, M., & Miller, S. (1984). Fear conditioned with escapable and inescapable shock: The effects of a feedback stimulus. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes, 10,* 307–323.

Moisan, D., & Engels, M. L. (1995). Childhood trauma and personality disorder in 43 women with panic disorder. *Psychological Reports, 76,* 1133 –1134.

Murphy, M. T., Michelson, L. K., Marchione, K., Marchione, N., & Testa, S. (1998). The role of self-directed in vivo exposure in combination with cognitive therapy, relaxation training, or therapist-assisted exposure in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 12,* 117–138.

Mystkowski, J. L., Craske, M. G., Echiverri, A. M., & Labus, J. S. (2006). Mental reinstatement of context and return of fear in spider-fearful participants. *Behavior Therapy, 37*(1), 49 – 60.

Nader, K., Schafe, G. E., & Le Doux, J. E. (2000). Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. *Nature, 406,* 722–726.

Neron, S., Lacroix, D., & Chaput, Y. (1995). Group vs individual cognitive behaviour therapy in panic disorder: An

open clinical trial with a six month follow-up. *Canadian Journal of Behavioural Science, 27,* 379 –392.

Neumann, D. L., Lipp, O. V., & Cory, S. E. (2007). Conducting extinction in multiple contexts does not

necessarily attenuate the renewal of shock expectancy in a fearconditioning procedure with humans. *Behaviour Research and Therapy, 45,* 385–394.

Niles, A. N., Sherbourne, C., Roy-Byrne, P., Stein, M., Sullivan, G., Bystritsky, A., et al. (2013). Anxiety treatment improves physical functioning with oblique scoring of the SF-12 Short Form Health Survey. *General Hospital Psychiatry, 35* (3), 291–296.

Norberg, M. M., Krystal, J. H., & Tolin, D. F. (2008). A metaanalysis of D-cycloserine and the facilitation of fear extinction and exposure therapy. *Biological Psychiatry, 63,* 1118 –1126.

Norton, G. R., Cox, B. J., & Malan, J. (1992). Nonclinical panickers: A critical review. *Clinical Psychology Review, 12,* 121–139.

Norton, P., & Price, E. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195,* 521–531.

Noyes, R., Clancy, J., Garvey, M. J., & Anderson, D. J. (1987). Is agoraphobia a variant of panic disorder or a separate illness? *Journal of Anxiety Disorders, 1,* 3 –13.

Noyes, R., Crowe, R. R., Harris, E. L., Hamra, B. J., McChesney, C.M., & Chaudhry, D. R. (1986). Relationship between panic disorder and agoraphobia: A family study. *Archives of General Psychiatry, 43,* 227–232.

Noyes, R., Reich, J., Suelzer, M., & Christiansen, J. (1991). Personality traits associated with panic disorder: Change associated with treatment. *Comprehensive Psychiatry, 32,* 282–294.

Okamura, N., Garau, C., Duangdao, D. M., Clark, S. D., Jungling, K., Hans-Christian, P., et al. (2011). Neuropeptide S enhances memory during the consolidation phase and interacts with noradrenergic systems in the brain. *Neuropsychopharmacology, 36* (4), 744–752.

Öst, L.-G. (1988). Applied relaxation vs. progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 26,* 13 –22.

Öst, L.-G., Thulin, U., & Ramnero, J. (2004). Cognitive behavior therapy vs exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 42* (1), 1105–1127.

Öst, L. G., & Westling, B. E. (1995). Applied relaxation vs cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 145–158.

Öst, L. G., Westling, B. E., & Hellström, K. (1993). Applied relaxation, exposure in vivo, and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 31,* 383–394.

Otto, M. W., Pollack, M. H., & Sabatino, S. A. (1996). Maintenance of remission following cognitive behavior therapy for panic disorder: Possible deleterious effects of concurrent medication treatment. *Behavior Therapy, 27,* 473–482.

Otto, M. W., Tolin, D. F., Simon, N. M., Pearlson, G. D., Basden, S., Meunier, S. A., et al. (2010). Efficacy of Dcycloserine for enhancing response to cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Biological Psychiatry, 67*(4), 365 –370.

Pauli, P., Amrhein, C., Muhlberger, A., Dengler, W., & Wiedemann, G. (2005). Electrocortical evidence for an early abnormal processing of panic-related words in panic disorder patients. *International Journal of Psychophysiology, 57,* 33 – 41.

Payne, L. A., White, K. S., Gallagher, M. W., Woods, S. W., Shear, M. K., Gorman, J. M., et al. (2012). *Secondstage treatments for relative non-responders to cognitivebehavioral therapy (CBT) for panic disorder with and without agoraphobia.* Manuscript submitted for publication.

Pennebaker, J. W., & Roberts, T. (1992). Toward a his and hers theory of emotion: Gender differences in visceral perception. *Journal of Social and Clinical Psychology, 11*(30), 199–212.

Perna, G., Bertani, A., Arancio, C., Ronchi, P., & Bellodi, L. (1995). Laboratory response of patients with panic and obsessive–compulsive disorders to 35% CO2 challenges. *American Journal of Psychiatry, 152,* 85 – 89.

Prenoveau, J. M., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Mineka, S., Griffith, J. W., & Epstein, A. (2010). Testing a hierarchical model of anxiety and depression in adolescents: A trilevel model. *Journal of Anxiety Disorders, 24,* 334–344.

Rachman, S., Lopatka, C., & Levitt, K. (1988). Experimental analyses of panic: II. Panic patients. *Behaviour Research and Therapy, 26,* 33– 40.

Rachman, S., Shafran, R., Radomsky, A. S., & Zysk, E. (2011). Reducing contamination by exposure plus safety behaviou r. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42,* 397– 404.

Rapee, R. (1986). Differential response to hyperventilation in panic disorder and generalized anxiety disorder.

Journal of Abnormal Psychology, 95, 24 –28.
Rapee, R. M. (1994). Detection of somatic sensations in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 32,* 825 – 831.
Rapee, R. M., Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1992). Response to hyperventilation and inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air across the DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 538 –552.
Rapee, R. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1990). Subject described features of panic attacks using a new selfmonitoring form. *Journal of Anxiety Disorders, 4,* 171–181.
Rapee, R. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1995). Assessment instrument for panic disorder that includes fear of sensation-producing activities: The Albany Panic and Phobia Questionnaire. *Anxiet y, 1,* 114 –122.
Rapee, R. M., Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1996). Measurement of perceived control over anxietyrelated events. *Behavior Therapy, 27*(2), 279–293.
Rapee, R. M., & Medoro, L. (1994). Fear of physical sensations and trait anxiety as mediators of the response to hyperventilation in nonclinical subjects. *Journal of Abnormal Psychology, 103* (4), 693– 699.
Rapee, R. M., & Murrell, E. (1988). Predictors of agoraphobic avoidance. *Journal of Anxiety Disorders, 2,* 203 – 217.
Rathus, J. H., Sanderson, W. C., Miller, A. L., & Wetzler, S. (1995). Impact of personality functioning on cognitive behavioral treatment of panic disorder: A preliminary report. *Journal of Personality Disorders, 9,* 160 –168.
Razran, G. (1961). The observable unconscious and the inferable conscious in current soviet psychophysiology: Interoceptive conditioning, semantic conditioning, and the orienting reflex. *Psychological Review, 68,* 81–147.
Reich, J., Perry, J. C., Shera, D., Dyck, I., Vasile, R., Goisman, R. M., et al. (1994). Comparison of personality disorders in different anxiety disorder diagnoses: Panic, agoraphobia, generalized anxiety, and social phobia. *Annals of Clinical Psychiatry, 6*(2), 125–134.
Reiss, S. (1980). Pavlovian conditioning and human fear: An expectancy model. *Behavior Therapy, 11,* 380 –396.
Reiss, S., Peterson, R., Gursky, D., & McNally, R. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy, 24,* 1–8.
Rescorla, R. A. (2006). Deepened extinction from compound stimulus presentation. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes, 32,* 135–144.
Richards, J., Klein, B., & Carlbring, P. (2003). Internet-based treatment for panic disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 32,* 125 –135.
Richards, J. C., Klein, B., & Austin, D. W. (2006). Internet cognitive behavioural therapy for panic disorder: Does the inclusion of stress management information improve endstate functioning? *Clinical Psychologist, 10* (1), 2–15.
Rowe, M. K., & Craske, M. G. (1998). Effects of an expanding-spaced vs massed exposure schedule on fear reduction and return of fear. *Behaviour Research and Therapy, 36,* 701–717.
Roy-Byrne, P. P., & Cowley, D. S. (1995). Course and out-come in panic disorder: A review of recent follow-up studies. *Anxiety, 1,* 151–160.
Roy-Byrne, P., Craske, M. G., Stein, M. B., Sullivan, G., Bystritsky, A., Katon, W., et al. (2005). A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 62,* 290 –298.
Roy-Byrne, P., Craske, M. G., Sullivan, G., Rose, R. D., Edlund, M. J., Lang, A. J., et al. (2010). Delivery of evidencebased treatment for multiple anxiety disorders in primary care. *Journal of American Medicine, 303*(19), 1921–1928.
Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Russo, J., Craske, M. G., Katon, W., Sullivan, G., et al. (2005). Medical illness and response to treatment in primary care panic disorder. *General Hospital Psychiatry, 27*(4), 237–243.
Roy-Byrne, P. P., Mellman, T. A., & Uhde, T. W. (1988). Biologic findings in panic disorder: Neuroendocrine and sleep-related abnormalities [Special issue: Perspectives on Panic-Related Disorders]. *Journal of Anxiety Disorders, 2,* 17–29.
Roy-Byrne, P. P., Stein, M. B., Russo, J., Mercier, E., Thomas, R., McQuaid, J., et al. (1999). Panic disorder in the primary care setting: Comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry, 60* (7), 492– 499.

Safren, S. A., Gershuny, B. S., Marzol, P., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (2002). History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190* (7), 453 – 456.

Salkovskis, P., Clark, D., & Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy, 29,* 161–166.

Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account [Special issue: The changing Face of Behavioural Psychotherapy]. *Behavioural Psychotherapy, 19* (1), 6–19.

Salkovskis, P. M., Clark, D. M., & Gelder, M. G. (1996). Cognition–behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy, 34,* 453 – 458.

Schade, A., Marquenie, L. A., van Balkom, A. J., Koeter, M. W., de Beurs, E., van den Brink, W., et al. (2005). The effectiveness of anxiety treatment on alcohol-dependent patients with a comorbid phobic disorder: A randomized controlled trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 29* (5), 794 –800.

Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of Abnormal Psychology, 106,* 355–364.

Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. (1999). Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Replication and extension. *Journal of Abnormal Psychology, 108,* 532–537.

Schmidt, N. B., McCreary, B. T., Trakowski, J. J., Santiago, H. T., Woolaway-Bickel, K., & Ialong, N. (2003). Effects of cognitive behavioral treatment on physical health status in patients with panic disorder. *Behavior Therapy, 34* (1), 49 – 63.

Schmidt, N. B., Woolaway-Bickel, K., Trakowski, J., Santiago, H., Storey, J., Koselka, M., et al. (2000). Dismantling cognitive-behavioral treatment for panic disorder: Questioning the utility of breathing retraining. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (3), 417– 424.

Schneider, A. J., Mataix-Cols, D., Marks, I. M., & Bachofen, M. (2005). Internet-guided self-help with or without exposure therapy for phobic and panic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics, 74* (3), 154 – 164.

Schumacher, J., Jamra, R. A., Becker, T., Klopp, N., Franke, P., Jacob, C., et al. (2005). Investigation of the DAOA/ G30 locus in panic disorder. *Molecular Psychiatry, 10,* 428 – 429.

Seidel, A., Rosenfield, D., Bhaskara, L., Hofmann, S. G., & Meuret, A. E. (2009). *Pathways of biobehavioral change in exposure therapy of panic disorder.* Paper presented at the 43rd Annual Convention of the Association of Advancement for Behavioral and Cognitive Therapies, New York.

Sharp, D. M., Power, K. G., Simpson, R. J., Swanson, V., & Anstee, J. A. (1997). Global measures of outcome in a controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *British Journal of General Practice, 47,* 150–155.

Sharp, D. M., Power, K. G., & Swanson, V. (2004). A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*(2), 73–82.

Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E, Woods, S. W., et al. (1997). Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry, 154,* 1571–1575.

Shear, M. K., Rucci, P., Williams, J., Frank, E., Grochocinski, V., Vander-Bilt, J., et al. (2001). Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: Replication and extension. *Journal of Psychiatric Research, 35*(5), 293–296.

Shear, M. K., & Schulberg, H. C. (1995). Anxiety disorders in primary care. *Bulletin of the Menninger Clinic, 59* (2, Suppl. A), A73–A85.

Shulman, I. D., Cox, B. J., Swinson, R. P., Kuch, K., & Reichman, J. T. (1994). Precipitating events, locations and reactions associated with initial unexpected panic attacks. *Behaviour Research and Therapy, 32,* 17–20.

Sloan, T., & Telch, M. J. (2002). The effects of safety-seeking behavior and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy, 40* (3), 235–251.

Soeter, M., & Kindt, M. (2010). Dissociating response systems: Erasing fear from memory. *Neurobiology of Learning and Memory, 94*(1), 30 – 41.

Sokolowska, M., Siegel, S., & Kim, J. A. (2002). Intraadministration associations: Conditional hyperalgesia

elicited by morphine onset cues. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes, 28* (3), 309–320.

Sotres-Bayon, F., Cain, C. K., & LeDoux, J. E. (2006). Brain mechanisms of fear extinction: historical perspectives on the contribution of prefrontal cortex. *Biological Psychiatry, 60,* 329–336.

Spiegel, D. A., Bruce, T. J., Gregg, S. F., & Nuzzarello, A. (1994). Does cognitive behavior therapy assist slow-taper alprazolam discontinuation in panic disorder? *American Journal of Psychiatry, 151*(6), 876 –881.

Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., Hazen, A. L., Ross, C. A., Eldridge, G., et al. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and a community sample. *American Journal of Psychiatry, 153,* 275–277.

Sturges, L. V., Goetsch, V. L., Ridley, J., & Whittal, M. (1998). Anxiety sensitivity and response to hyperventilation challenge: Physiologic arousal, interoceptive acuity, and subjective distress. *Journal of Anxiety Disorders, 12*(2), 103 –115.

Suárez, L., Bennett, S., Goldstein, C., & Barlow, D. H. (2008). Understanding anxiety disorders from a "triple vulnerabilities" framework. In M. M. Anthony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 153–172). New York: Oxford University Press.

Swinson, R. P., Fergus, K. D., Cox, B. J., & Wickwire, K. (1995). Efficacy of telephone-administered behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 465– 469.

Taylor, S., Koch, W. J., & McNally, R. J. (1992). How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? *Journal of Anxiety Disorders, 6,* 249 –259.

Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B .J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., et al. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index–3. *Psychological Assessment, 19* (2), 176 –188.

Teachman, B. A., Marker, C. D., & Smith-Janik, S. B. (2008). Automatic associations and panic disorder: Trajectories of change over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76* (6), 988–1002.

Telch, M. J., Brouillard, M., Telch, C. F., Agras, W. S., & Taylor, C. B. (1989). Role of cognitive appraisal in panicrelated avoidance. *Behaviour Research and Therapy, 27,* 373–383.

Telch, M. J., Lucas, J. A., & Nelson, P. (1989). Nonclinical panic in college students: An investigation of prevalence and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology, 98,* 300–306.

Telch, M. J., Lucas, J. A., Schmidt, N. B., Hanna, H. H., LaNae, Jaimez, T., et al. (1993). Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 31,* 279–287.

Telch, M. J., Sherman, M., & Lucas, J. (1989). Anxiety sensitivity: Unitary personality trait or domain specific appraisals? *Journal of Anxiety Disorders, 3,* 25 –32.

Thorgeirsson, T. E., Oskarsson, H., Desnica, N., Kostic, J. P., Stefansson, J. G., Kolbeinsson, H., et al. (2003). Anxiety with panic disorder linked to chromosome 9q in Iceland. *American Journal of Human Genetics, 72,* 1221–1230.

Thyer, B. A., Himle, J., Curtis, G. C., Cameron, O. G., & Nesse, R. M. (1985). A comparison of panic disorder and agoraphobia with panic attacks. *Comprehensive Psychiatry, 26,* 208–214.

Tiemens, B. G., Ormel, J., & Simon, G. E. (1996). Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry, 153,* 636 – 644.

Tsao, J. C. I., Lewin, M. R., & Craske, M. G. (1998). The effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions. *Journal of Anxiety Disorders, 12,* 357–371.

Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2002). Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behavior Therapy, 33,* 493–509.

Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2005). Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy, 43,* 959 –970.

Uhde, T. W. (1994). The anxiety disorders: Phenomenology and treatment of core symptoms and associated sleep disturbance. In M. Kryger, T. Roth, & W. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (pp. 871– 898). Philadelphia: Saunders.

van Balkom, A. J., de Beurs, E., Koele, P., Lange, A., & van Dyck, R. (1996). Long-term benzodiazepine use is associated with smaller treatment gain in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Nervous and Mental*

Disease, 184, 133 –135.
van Beek, N., Schruers, K. R., & Friez, E. J. (2005). Prevalence of respiratory disorders in first-degree relatives of panic disorder patients. *Journal of Affective Disorders, 87,* 337–340.
van den Hout, M., Arntz, A., & Hoekstra, R. (1994). Exposure reduced agoraphobia but not panic, and cognitive therapy reduced panic but not agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 32,* 447– 451.
van den Hout, M., Brouwers, C., & Oomen, J. (2006). Clinically diagnosed Axis II co-morbidity and the short term outcome of CBT for Axis I disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*(1), 56 – 63.
van Megen, H. J., Westenberg, H. G., Den Boer, J. A., & Kahn, R. S. (1996). The panic-inducing properties of the cholecystokinin tetrapeptide CCK4 in patients with panic disorder. *European Neuropsychopharmacology, 6,* 187–194.
Vansteenwegen, D., Vervliet, B., Iberico, C., Baeyens, F., van den Bergh, O., & Hermans, D. (2007). The repeated confrontation with videotapes of spiders in multiple contexts attenuates renewal of fear in spider-anxious students. *Behavior Research and Therapy, 45*(6), 1169 –1179.
Veltman, D. J., van Zijderveld, G., Tilders, F. J., & van Dyck, R. (1996). Epinephrine and fear of bodily sensations in panic disorder and social phobia. *Journal of Psychopharmacology, 10* (4), 259–265.
Verburg, K., Griez, E., Meijer, J., & Pols, H. (1995). Respira tory disorders as a possible predisposing factor for panic disorder. *Journal of Affective Disorders, 33,* 129–134.
Vos, S. P., Huibers, M. J., Diels, L., & Arntz, A. (2012). A randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for panic disorder with agoraphobia. *Psychological Medicine, 42*(12), 2661–2672.
Wade, W. A., Treat, T. A., & Stuart, G. L. (1998). Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: A benchmarking strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 231–239.
Walker, D. L., & Davis, M. (2002). The role of amygdala glutamate receptors in fear learning, fear-potentiated startle, and extinction. *Pharmacology, 71,* 379 –392.
Wardle, J., Hayward, P., Higgitt, A., Stabl, M., Blizard, R., & Gray, J. (1994). Effects of concurrent diazepam treatment on the outcome of exposure therapy in agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 32,* 203–215.
Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin, 96* (3), 465 – 490.
Weems, C. F., Hayward, C., Killen, J., & Taylor, C. B. (2002). A longitudinal investigation of anxiety sensitivity in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(3), 471– 477.
Welkowitz, L., Papp, L., Cloitre, M., Liebowitz, M., Martin, L., & Gorman, J. (1991). Cognitive-behavior therapy for panic disorder delivered by psychopharmacologically oriented clinicians. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179,* 473 – 477.
Westra, H. A., Stewart, S. H., & Conrad, B. E. (2002). Naturalistic manner of benzodiazepine use and cognitive behavioral therapy outcome in panic disorder and agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders, 16* (3), 223 –246.
White, K. S., Allen, L. B., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2010). Attrition in a multicenter clinical trial of panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 198,* 665– 671.
White, K. S., Payne, L. A., Gorman, J. M., Shear, M. K., Woods, S. W., Saska, J. R., et al. (2013). Does maintenance CBT contribute to long-term treatment response of panic disorder with or without agoraphobia?: A randomized controlled clinical trial. Journal of Consulting and *Clinical Psychology, 81,* 47–57.
Wilkinson, D. J., Thompson, J. M., Lambert, G. W., Jennings, G. L., Schwarz, R. G., Jefferys, D., et al. (1998). Sympathetic activity in patients with panic disorder at rest, under laboratory mental stress, and during panic attacks. *Archives of General Psychiatry, 55*(6), 511–520.
Williams, K. E., & Chambless, D. (1990). The relationship between therapist characteristics and outcome of in vivo exposure treatment for agoraphobia. *Behavior Therapy, 21,* 111–116.
Williams, K. E., & Chambless, D. L. (1994). The results of exposure-based treatment in agoraphobia. In S. Friedman (Ed.), *Anxiety disorders in African Americans* (pp. 149 – 165). New York: Springer.
Williams, S. L., & Falbo, J. (1996). Cognitive and performance-based treatments for panic attacks in people with varying degrees of agoraphobic disability. *Behaviour Research and Therapy, 34,* 253 –264.
Williams, S. L., & Zane, G. (1989). Guided mastery and stimulus exposure treatments for severe performance anxiety in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy, 27,* 237–245.

Wittchen, H.-U., Gloster, A. T., Beesdo-Baum, K., Fava, G. A., & Craske, M. G. (2010). Agoraphobia: A review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depression and Anxiety, 27,* 113 –133.

Wolitzky-Taylor, K., Castriotta, N., Lenze, E., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety, 27,* 190–211.

Zinbarg, R. E., & Barlow, D. H. (1996). Structure of anxiety and the anxiety disorders: A hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(2), 184–193.

Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implication. *Psychological Assessment, 9,* 277–284.

Zoellner, L. A., & Craske, M. G. (1999). Interoceptive accuracy and panic. *Behaviour Research and Therapy, 37,* 1141–1158.

NOTA

1. No se evaluaron fobias específicas, pero por ser más delimitadas, puede suponerse que su carga en la afectividad negativa es mínima.

El trauma severo, inesperado, puede ocurrir en menos de un minuto y aún así tener consecuencias permanentes. La tragedia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) se percibe en toda su crudeza cuando el trauma se origina en el contexto de la barbarie de la gente hacia los demás. En este capítulo el caso de "Tom" ilustra la psicopatología asociada con el trastorno por estrés postraumático en todos sus matices y ofrece un relato muy personal de su impacto. En cualquiera de la gran cantidad de sucesos que cada día son resumidos fríamente en las páginas centrales del periódico, Tom, en la confusión de la guerra en Irak, dispara y mata a una mujer embarazada y a su pequeña en presencia del esposo y el padre. El impacto de lo ocurrido lo deja devastado. La sensibilidad y destreza de la intervención terapéutica descrita en este capítulo la convierten en un modelo para los nuevos terapeutas y contradicen la idea de que, en esos casos graves, la terapia con fundamento en un manual puede ser repetitiva y mecanizada. Además, la siguiente generación de tratamientos para el trastorno por estrés postraumático, que las autoras llaman "terapia de procesamiento cognitivo", se detalla lo suficiente para permitir que profesionales expertos incorporen el programa en su práctica profesional. Este exhaustivo programa aprovecha los avances más recientes en el conocimiento de la psicopatología del impacto del trauma mediante la incorporación de estrategias de tratamiento específicamente personalizadas para superar dicha psicopatología, y lo hace en el contexto de los cambios significativos en los criterios diagnósticos del DSM-5. D.H.B.

DIAGNÓSTICO

A diferencia de la mayoría de los trastornos psicológicos, el trastorno por estrés postraumático (TEPT) requiere la ocurrencia de un tipo específico de suceso del que no se recupera la persona afectada. Primero, según la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), para recibir un diagnóstico de trastorno por estrés postraumático el individuo debe haber experimentado, presenciado o enfrentado de alguna otra forma un hecho o hechos que involucraran amenaza de muerte o muerte real, lesiones graves o violencia sexual. La exposición a sucesos traumáticos puede darse mediante la experimentación directa, atestiguar que el hecho le sucede a otra persona, enterarse de un trauma violento o accidental que le ocurrió a un amigo cercano o familiar, o verse expuesto de manera repetida o extrema a los elementos aversivos de un suceso traumático (p. ej., un rescatista que recoge partes de cuerpos). Los síntomas se agrupan en cuatro categorías generales: reexperimentación (criterio B), evitación (criterio C), alteraciones negativas en la cognición y el estado de ánimo (criterio D; p. ej., problemas de memoria, sensación de desapego, creencias negativas persistentes), e hiperactivación (criterio E). De acuerdo con el criterio B, los síntomas de reexperimentación deben experimentarse en una de las siguientes maneras: los recuerdos del trauma pueden inmiscuirse de manera reiterada en la consciencia, sin advertencia, al parecer "de la nada", sin detonantes o recordatorios que los provoquen. La persona con el trastorno por estrés postraumático puede experimentar recreaciones o recuerdos recurrentes sumamente vívidos de los sucesos. Los recuerdos intrusivos también pueden ocurrir durante el sueño en forma de pesadillas relacionadas con el tema. Además, al enfrentar de manera real o simbólica las señales asociadas con el suceso traumático, el individuo puede exhibir reacciones psicológicas intensas (p. ej., terror, repulsión, depresión) y, o respuestas fisiológicas (p. ej., ritmo cardiaco acelerado, sudoración, respiración agitada).

Esos síntomas de reexperimentación por lo general son angustiantes e intrusivos porque el individuo no tiene control del momento o la forma en que ocurren, y además provocan fuertes emociones negativas asociadas con el trauma inicial (Janoff-Bulman, 1992; Resick y Schnicke, 1992). Los estímulos (o señales) de miedo en ocasiones son evidentes, como el militar veterano que se agacha atemorizado cuando el escape de un auto suena como un arma de fuego. Pero otras veces la relación entre el trauma y la señal no es clara de inmediato. Por ejemplo, una sobreviviente de violación temía tomar duchas aunque la violación no había ocurrido en su casa. Sin embargo, a medida que fue procesando la violación durante el tratamiento, se percató de que cada vez que tomaba una ducha se sentía muy vulnerable porque estaba sola, desnuda, sin rutas de escape y con una visión y audición disminuidas, estímulos que le recordaban la violación.

Los síntomas de evitación (criterio C) reflejan el intento del individuo por distanciarse física y psicológicamente del trauma. Algunos han sugerido que los síntomas de evitación son una respuesta a los síntomas de reexperimentación (Buckley, Blanchard y Hickling, 1998; Creamer, Burgess y Pattison, 1992; Taylor, Kuch, Koch, Crockett y Passey,

1998). Conforme los recuerdos traumáticos se cuelan en la consciencia, también lo hacen las dolorosas emociones negativas asociadas con el trauma. De ahí que el individuo evite los pensamientos y sentimientos así como los sucesos reminiscentes del trauma, o bien puede olvidar aspectos importantes del mismo (criterio D). La evitación del recuerdo del trauma da lugar a una disminución temporal de las emociones dolorosas pero, paradójicamente, incrementa la conducta de evitación. Es común que los sobrevivientes del trauma reporten estilos de vida sumamente restringidos después de la experiencia traumática debido a la necesidad de evitar los recordatorios del suceso traumático y las emociones asociadas. Para poder hacer un diagnóstico se necesitan por lo menos tres tipos de conducta de evitación.

De igual modo, los síntomas de desapego o insensibilidad (parte del criterio D) son intentos de interrumpir los sentimientos aversivos asociados con los recuerdos intrusivos (Astin, Layne, Camilleri y Foy, 1994; Resick y Schnicke, 1992). Este desapego puede generalizarse luego a todas las emociones, positivas y negativas. Los sobrevivientes del trauma, con frecuencia afirman que ya no tienen sentimientos fuertes o que se sienten entumecidos la mayor parte del tiempo. Este tipo de desapego generalizado puede interferir profundamente con la capacidad del individuo para relacionarse con otros, disfrutar la vida cotidiana, seguir siendo productivo y hacer planes para el futuro. También es importante advertir que no todos los sobrevivientes del trauma experimentan insensibilidad emocional. Por el contrario, algunos presentan de manera continua emociones negativas intensas como enojo o vergüenza. Los sobrevivientes del trauma pueden experimentar síntomas cognitivos persistentes clasificados también en el criterio D. Estos incluyen creencias negativas acerca de sí mismos, de los demás o de la vida en general (p. ej., "Nunca podré tener una relación normal", "Ningún lugar es 100% seguro"). Pueden tener percepciones distorsionadas que a menudo involucran culparse por el trauma o sus consecuencias.

El sobreviviente del trauma también puede experimentar síntomas de hiperactivación (criterio E). Esto sugiere que el individuo se encuentra en un estado permanente de "lucha o huida" que se asemeja a la respuesta de su cuerpo durante el suceso traumático real. En este estado de alerta, el individuo está preparado para reaccionar a nuevos estímulos de peligro, incluso en situaciones relativamente seguras. Durante una crisis esto es una conducta adaptada porque facilita la supervivencia. Sin embargo, como estado continuo la hiperactivación interfiere con el funcionamiento cotidiano y da lugar al agotamiento. En este estado el individuo dedica gran cantidad de energía a escudriñar el ambiente en búsqueda de señales de peligro (hipervigilancia), es probable que sufra alteraciones del sueño, pérdida de concentración, irritabilidad y reactividad excesiva a los estímulos (respuesta exagerada de sobresalto). Esta evidencia sugiere que el estado constante de tensión tiene efectos nocivos en la salud física general (p. ej., Kulka *et al.,* 1990). Para recibir un diagnóstico del trastorno por estrés postraumático se requieren por lo menos dos conductas del criterio E.

Los síntomas descritos antes deben presentarse al mismo tiempo por lo menos durante un mes para que se justifique un diagnóstico del trastorno por estrés postraumático.

Además, debe percibirse que los síntomas ocasionan angustia o deterioro funcional. Una proporción considerable de sobrevivientes del trauma exhiben síntomas congruentes con un diagnóstico del trastorno por estrés postraumático inmediatamente después del hecho. Sin embargo, esas tasas caen casi a la mitad en los tres meses posteriores al trauma, y luego tienden a estabilizarse. Por ejemplo, sobrevivientes al trauma de la violación a quienes se evaluó a las dos semanas, al mes, a los tres meses, a los seis y a los nueve meses posteriores al trauma exhibieron tasas de diagnóstico del trastorno por estrés postraumático de 94 a 65%, 47 y 42% respectivamente (Rothbaum y Foa, 1992). De modo que las tasas del trastorno por estrés postraumático no disminuyen sustancialmente después de los tres meses. Se encontraron tasas muy similares del trastorno por estrés postraumático en otro estudio que evaluó a los sobrevivientes del trauma de la violación aproximadamente a las dos semanas y a los tres meses (Gutner, Rizvi, Monson y Resick, 2006). En la primera evaluación, 81% de los sobrevivientes de la violación presentaban los síntomas criterio para el trastorno por estrés postraumático (excepto el criterio de tiempo), y a los tres meses de la violación 53% seguía cumpliendo los criterios. Otros sucesos más heterogéneos (con una mayor variabilidad en la gravedad del hecho), como combates, desastres o ataques físicos están asociados con tasas menores del trastorno por estrés postraumático que la violación (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995). El inicio demorado del trastorno por estrés postraumático es raro y puede reflejar síntomas anteriores por debajo del umbral (debido posiblemente a la disociación, amnesia o evitación general) o un cambio en el significado del hecho en un momento posterior (p. ej., el perpetrador mata más tarde a una víctima, cambiando así el significado del suceso para la víctima).

La introducción del DSM-5 en 2013 trajo consigo cambios en los criterios de diagnóstico que tuvieron impacto en la investigación y tratamiento del trastorno por estrés postraumático. Mientras que en las ediciones anteriores del DSM se le clasificaba como un trastorno de ansiedad, en la actualidad se enlista entre los trastornos relacionados con traumas y estresores. Este cambio tiene sentido toda vez que en los análisis factoriales no hay una clasificación clara del trastorno por estrés postraumático con los trastornos de ansiedad (p. ej., Cox, Clara y Enns, 2002; Miller, Greif y Smith, 2003; Miller, Kaloukek, Dillon y Kenne, 2004; Miller y Resick, 2007) y puede incluir una variedad de emociones como enojo, tristeza, culpa u horror (véase el criterio D del DSM-5). El DSM-5 endureció además el criterio del estresor e incluyó como novedad el criterio D (alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo).

Es claro que el criterio de intromisión no incluye la rumiación del hecho, pero sí incluye por lo menos una de las siguientes condiciones: recuerdos angustiantes del hecho traumático que pueden ser espontáneos o elicitados; sueños inquietantes recurrentes en que el contenido o las emociones se relacionan con el suceso; reacciones disociativas en que el individuo siente o actúa como si el hecho traumático ocurriese de nuevo; malestar psicológico al verse confrontado con señales internas o externas que simbolizan o se asemejan al hecho traumático; o reacciones fisiológicas marcadas ante los recordatorios del hecho traumático.

El criterio de evitación incluye dos elementos: evitación de los recordatorios internos o de los recordatorios externos del suceso traumático. Para el diagnóstico sólo se requiere uno de ellos.

El tercer criterio incluye algunos elementos que fueron aclarados y otros que se introdujeron recientemente en el DSM-5. El individuo debe experimentar por lo menos dos de los siguientes tipos de síntomas: incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso traumático; cogniciones negativas persistentes y exageradas acerca de uno mismo, de los demás, y de las causas o consecuencias del hecho; estados emocionales negativos globales (p. ej., temor, horror, ira, culpa, vergüenza); disminución marcada en el interés o participación en actividades significativas; sensación de desapego o distanciamiento de los demás; o incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (p. ej., incapacidad para tener sentimientos amorosos, insensibilidad psíquica).

En comparación con el DSM-IV, en el DSM-5 el cuarto criterio se extiende de la activación fisiológica a las conductas disfuncionales e impulsivas, e incluye conducta irritable o agresiva; conducta temeraria o autodestructiva; hipervigilancia; respuesta exagerada de sobresalto; problemas para concentrarse; y alteraciones del sueño.

A diferencia del DSM-IV, el DSM-5 estipula que los síntomas no pueden deberse a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o condición médica general (p. ej., lesión cerebral traumática, coma).

El DSM-5 presenta ahora un tipo disociativo del trastorno por estrés postraumático que fue agregado al manual debido a una convergencia de las publicaciones de estudios epidemiológicos (p. ej., Wolf *et al.,* 2012), estudios psicofisiológicos (p. ej., Griffin, Resick y Mechanic, 1997); estudios de neuroimagenología (p. ej., Lanius *et al.,* 2010) y estudios de tratamiento (Cloitre, Petkova, Wang y Lu Lassell, 2012) que encontraron un pequeño grupo de personas (15%) que, además de presentar el trastorno por estrés postraumático severo, mostraban también una elevada disociación. Al parecer, la respuesta de esos individuos es diferente a la observada en personas que si bien presentan el trastorno por estrés postraumático no muestran rasgos disociativos.

Además, el DSM-5 ofrece una clasificación separada del trastorno por estrés postraumático en niños pequeños, así como de una forma de dicho trastorno en que los síntomas no inician por lo menos hasta seis meses después del trauma.

PREVALENCIA

Estudios epidemiológicos documentan tasas elevadas de exposición al trauma y trastorno por estrés postraumático en la población (Kessler *et al.,* 1995; Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best y Von, 1987; Kulka *et al.,* 1990). En una muestra probabilística aleatoria a nivel nacional (de EUA) conformada por 4 008 mujeres, Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders y Best (1993) encontraron una tasa elevada de experiencias de trauma (69%).

Cuando extrapolaron sus resultados a la población estadounidense con base en el censo estadístico de 1989, calcularon que en ese país 66 millones de mujeres habían experimentado por lo menos un hecho traumático importante. Resnick y colaboradores encontraron las siguientes tasas permanentes de estrés postraumático para quienes habían experimentado un estresor del criterio A: violación consumada, 32%; otro ataque sexual, 31%; ataque físico, 39%; homicidio de un familiar o amigo, 22%; ser víctima de cualquier delito, 26%; y traumas no delictivos (p. ej., desastres naturales y provocados por el hombre, accidentes, lesiones), 9%.

En el primer estudio civil a nivel nacional de la prevalencia de los efectos psicológicos del trauma, Kessler y colaboradores (1995) encuestaron a una muestra nacional representativa de EUA conformada por 5 877 personas (2 812 hombres y 3 065 mujeres). Este estudio evaluó 12 categorías de estresores traumáticos y encontró que la mayoría de las personas habían experimentado por lo menos un hecho traumático importante. Encontraron que mientras 20.4% de las mujeres y 8.2% de los hombres eran propensos a desarrollar trastorno por estrés postraumático luego de la exposición al trauma, las tasas para traumas específicos eran mucho más altas. Por ejemplo, se identificó a la violación como el trauma con mayor probabilidad de dar lugar al trastorno por estrés postraumático entre los hombres y las mujeres, y se diagnosticó el trastorno por estrés postraumático a 65% de los hombres y 46% de las mujeres que habían identificado a la violación como el trauma que más los angustiaba. Entre los hombres que identificaron a otros traumas como los más agobiantes, la probabilidad de presentar el trastorno por estrés postraumático fue 39% para quienes tuvieron exposición al combate, 24% para quienes sufrieron abandono en la niñez y 22% para quienes sufrieron abuso físico en la niñez. Entre las mujeres, el trastorno por estrés postraumático se asoció, además de la violación, con el abuso físico en la niñez (49%), amenaza con un arma (33%), acoso sexual (27%) y ataque físico (21%). Igual que en el estudio de Resnick y colaboradores (1993), la probabilidad de que los accidentes y los desastres naturales precipitaran el trastorno por estrés postraumáticos entre hombres y mujeres era mucho menor. Por otro lado, Norris (1992) señaló que si bien la frecuencia de los accidentes automovilísticos es menor a la de otros traumas (p. ej., una muerte trágica o un atraco) y su impacto es menos traumático al de otros hechos (ataque sexual y físico), pueden constituir el hecho separado más significativo cuando se consideran en conjunto frecuencia e impacto. La frecuencia permanente de los accidentes automovilísticos es 23% y la tasa de estrés postraumático es 12%, lo que resulta en una tasa de 28 personas gravemente angustiadas por cada 1 000 adultos EUA, en relación con sólo un tipo de

suceso.

Más recientemente, Kessler y colaboradore (Kessler, Berglundi *et al.,* 2005; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters, 2005) reportaron otra Encuesta Nacional de Comorbilidad con más de 9 200 participantes. En este estudio la prevalencia total del trastorno por estrés postraumático fue 6.8%, lo que es comparable con la prevalencia de 7.8% en la población reportada en el estudio de 1995.

En 1983 el Congreso de Estados Unidos ordenó el estudio más grande realizado a la fecha con veteranos de guerra, el Estudio Nacional de Reajuste de Veteranos de Vietnam (NVVSM Kulka *et al.,* 1990), para evaluar el trastorno por estrés postraumático y otros problemas psicológicos observados después de la guerra de Vietnam. Durante los años de la guerra, más de ocho millones de personas servían en el ejército estadounidense, de los cuales 3.1 millones lo hicieron en Vietnam (en el campo de acción) y el resto en otras áreas del extranjero o en EUA (veteranos de guerra). Durante la guerra, 7 200 mujeres sirvieron en Vietnam y más de 255 000 lo hicieron en otros lugares. El Estudio Nacional de Reajuste de Veteranos de Vietnam realizó entrevistas profundas y evaluaciones con tres grupos: 1 632 veteranos del campo de acción de Vietnam, 716 veteranos de guerra y 668 contrapartes civiles o no veteranos, para un total de 3 016 participantes.

Los resultados de dicho estudio indicaron que la mayoría de los veteranos del campo de operaciones de Vietnam hicieron un reajuste exitoso a la vida civil y no sufrían estrés postraumático u otros problemas. Sin embargo, los investigadores también encontraron que entre los veteranos, 31% de los hombres y 27% de las mujeres fueron diagnosticados en algún momento de su vida con el trastorno por estrés postraumático. Además, 9% de las mujeres y 15% de los hombres presentaban el trastorno por estrés postraumático en el momento del estudio, más de una década después del fin de la guerra. Esas tasas se tradujeron en 479 000 veteranos de Vietnam que en ese momento presentaban el trastorno por estrés postraumático. Se encontró también que entre los veteranos, 11% de los hombres y 8% de las mujeres presentaban síntomas importantes y angustia, aunque no cumplían todos los criterios del trastorno por estrés postraumático. Sólo en EUA, esto se tradujo en otros 350 000 hombres y mujeres que todavía sufrían las repercusiones de la guerra de Vietnam.

Los datos del Estudio Nacional de Reajuste de Veteranos de Vietnam fueron reevaluados usando criterios muy estrictos que sólo incluían los incidentes que pudieran verificarse por medio de registros históricos. Dohrenwend y colaboradores (2006) encontraron muy poca falsificación de los sucesos y una fuerte relación entre la cantidad de exposición al trauma y las tasas de estrés postraumático (es decir, una relación dosis-respuesta). Sin embargo, las tasas de estrés postraumático disminuyeron después de controlar a las personas que habían desarrollado el trastorno antes o después de ser movilizados a Vietnam y de eliminar los casos en que los sucesos no eran verificables. Con esos criterios estrictos encontraron que en algún momento 18.7% de los veteranos cumplían los criterios del trastorno por estrés postraumático relacionado con la guerra y que, al ser evaluados de 11 a 12 años después, 9.1% todavía presentaba el trastorno. Esas tasas deben considerarse tasas de probabilidad mínima dado que la gente puede ser

traumatizada por sucesos que no pueden verificarse (p. ej., violación, accidentes) en los registros históricos de la guerra.

En la actualidad, los participantes del Estudio Nacional de Reajuste de Veteranos de Vietnam colaboran en el Estudio Longitudinal Nacional de los Veteranos de Vietnam (NVVLS) que arrojará información sobre los efectos a largo plazo del trastorno por estrés postraumático.

Los primeros intentos por evaluar el trastorno por estrés postraumático **durante** una guerra se llevaron a cabo en los conflictos más recientes en Irak y Afganistán (Hoge *et al.,* 2004; Hoge, Auchterlonie y Milliken, 2006). Hoge y colaboradores (2004) estudiaron a 2 530 soldados y marinos antes y a 3 671 después de su movilización a Irak o Afganistán. Encontraron que los problemas de salud mental eran significativamente mayores entre quienes regresaban de la movilización que entre los que todavía no eran movilizados, y que los problemas de salud mental eran mayores entre los que fueron movilizados a Irak en comparación con Afganistán. Antes de la movilización, 9% del personal en servicio sobrepasaba la puntuación de corte usada para identificar un probable trastorno por estrés postraumático, mientras que la puntuación de corte era superada por 11.5% de los movilizados a Afganistán y por entre 18 y 20% de los movilizados a Irak. Se encontró una relación lineal entre el número de tiroteos reportados y la gravedad del trastorno por estrés postraumático. Ser herido o sufrir alguna lesión física también se asoció con una mayor sintomatología del trastorno por estrés postraumático.

El hecho de que el ejército empezara a revisar a todo el personal militar para detectar el trastorno por estrés postraumático, luego de la movilización, permitió conducir durante un año (de mayo de 2003 a abril de 2004) un estudio con base en la población de 303 905 soldados y marinos que fueron movilizados a Afganistán, Irak u otras ubicaciones (Hoge *et al.,* 2006). Como en el reporte anterior, era más probable que hombres y mujeres en servicio reportaran problemas de salud mental después de servir en Irak (19.1%) que luego de hacerlo en Afganistán (11.3%) o en otras ubicaciones (8.5%). En este estudio se evaluó también a 32 500 mujeres que constituían 10.7% de la muestra total. En lo que respecta a las afectaciones de la salud mental, se encontró una diferencia sexual general donde 23.6% de las mujeres en comparación con 18.6% de los hombres informaron de un problema de salud mental. Sin embargo, esta comparación no tomó en consideración la preexistencia de traumas o del trastorno por estrés postraumático, la exposición a traumas de combate, ataque sexual u otras variables que podrían explicar esas diferencias. Además, para la detección del trastorno por estrés postraumático se utilizó un cuestionario de cuatro preguntas en que dos respuestas afirmativas indicaban la posible presencia del trastorno. En este estudio, 9.8% de quienes habían servido en Irak cumplían los criterios que indicaban la posible presencia del trastorno y se observó de nuevo una asociación entre la cantidad de exposición al combate y el trastorno por estrés postraumático.

A partir de una encuesta nacional aleatoria aplicada a veteranos de Irak y Afganistán que habían regresado de su movilización en el año anterior, Vogt y colaboradores (2011)

presentaron reportes sobre los efectos del combate en mujeres, lo que representa un cambio respecto con las guerras anteriores, así como de los predictores del trastorno por estrés postraumático. Los investigadores trataron de establecer contacto con 2 000 veteranos, con un sobremuestreo de mujeres, a fin de tener la misma cantidad de hombres y mujeres. La muestra estuvo integrada por 579 veteranos que respondieron la encuesta. Significativamente más hombres (49%) que mujeres (43%) reportaron exposición al conflicto armado, mientras que las mujeres reportaron niveles significativamente menores de preocupaciones por la relación. No obstante, no se encontró diferencia entre hombres y mujeres en lo que respecta a la amenaza percibida, funcionamiento familiar durante la niñez, estresores previos, apoyo social después de la movilización o gravedad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático. Este estudio no examinó el trauma sexual en el ejército, que suele ser mayor entre las mujeres, lo que tal vez explique las tasas iguales del trastorno por estrés postraumático para hombres y mujeres en esta muestra (Street, Gradus, Vogt, Giasson y Resick, 2013).

MODELOS TEÓRICOS DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

A medida que investigadores y clínicos empezaron a estudiar y tratar a sobrevivientes del trauma por violación y a veteranos de Vietnam en la década de 1970 a 1979 recurrieron a la teoría del aprendizaje para explicar los síntomas observados. En principio se propuso la teoría de dos factores de Mowrer (1947) del condicionamiento clásico y operante para explicar los síntomas posteriores al trauma (Becker, Skinner, Abel, Axelrod y Cichon, 1984; Holmes y St. Lawrence, 1983; Keane, Zimering y Caddell, 1985; Kilpatrick, Veronen y Best, 1985; Kilpatrick, Veronen y Best, 1985; Kilpatrick, Veronen y Resick, 1982). Se utilizó el condicionamiento clásico para explicar los elevados niveles de angustia y temor observados en las víctimas del trauma en reacción a estímulos relacionados con éste. El condicionamiento operante explicaba el inicio de la evitación de los síntomas del trastorno por estrés postraumático y la permanencia del temor, a pesar de que el estímulo incondicionado, es decir, el estresor traumático, no volvía a presentarse. Como el recuerdo del trauma y otras señales (estímulos condicionados) provocan miedo y ansiedad (respuestas emocionales condicionadas), la gente evita (o escapa de) esas señales, lo que produce la disminución del temor y la ansiedad. De esta forma, la evitación de los estímulos condicionados es reforzada negativamente, lo que impide que se deteriore el vínculo entre las señales del trauma y la ansiedad, lo que sería de esperar sin la repetición del trauma mismo.

Aunque la teoría del aprendizaje explica buena parte del inicio y mantenimiento del miedo y de la evitación en el trastorno por estrés postraumático, no explica del todo los "síntomas de intrusión", (a saber, los recuerdos repetitivos del trauma que se cuelan en los pensamientos de los sobrevivientes durante estados conscientes e inconscientes, como las pesadillas).

Con base en la teoría del procesamiento de información de Lang (1977) sobre el desarrollo de la ansiedad, Foa, Steketee y Rothbaum (1989) sugirieron que la aparición del trastorno por estrés postraumático se debe al desarrollo de una red de miedo en la memoria que provoca conducta de escape y evitación. Las estructuras de miedo incluyen estímulos, respuestas y elementos de significado. Cualquier cosa asociada con el trauma puede activar la estructura o esquema de miedo y la evitación subsecuente. Se cree que en la gente con trastorno por estrés postraumático la red de miedo es estable y se generaliza ampliamente, por lo que es fácil acceder a ella. Chemtob, Roitblat, Hamada, Carlson y Twentyman (1988) propusieron que en los individuos con trastorno por estrés postraumático esas estructuras están siempre activadas, por lo menos débilmente, y los llevan a interpretar los sucesos como potencialmente peligrosos. Cuando la red es activada por los recuerdos del trauma, la información de la red entra en la consciencia (síntomas intrusivos). Los intentos por evitar esta activación tienen como resultado los síntomas de evitación del trastorno. De acuerdo con la teoría del procesamiento de información, la exposición repetida al recuerdo traumático en un ambiente seguro da lugar a la habituación al miedo y a cambios subsecuentes en la estructura de miedo.

Conforme disminuye la emoción, los pacientes con trastorno por estrés postraumático empiezan a modificar espontáneamente sus elementos de significado y, en consecuencia, cambian su lenguaje interno y disminuyen así la generalización.

A las teorías cognitivas les interesa también el procesamiento de la información, pero se enfocan en los efectos del trauma sobre el sistema de creencias de los sobrevivientes y en los ajustes que se necesitan para reconciliar un suceso traumático con las creencias y expectativas previas. El primer y más influyente teórico cognitivo, Horowitz (1986), pasó de una perspectiva más psicodinámica a la teoría del procesamiento cognitivo. Horowitz propuso que el procesamiento es dirigido por una "tendencia a completar", la necesidad psicológica de integrar a las creencias existentes la información nueva e incompatible. La tendencia a completar mantiene la información del trauma en la memoria activa hasta que el procesamiento está completo y el evento se ha resuelto. Horowitz también propuso que existe un conflicto básico entre la necesidad de la persona de resolver y reconciliar el suceso en su historia y el deseo de evitar el dolor emocional. Cuando las imágenes del suceso (recuerdos recurrentes, pesadillas, recuerdos intrusivos), los pensamientos sobre el significado del trauma, y las emociones asociadas con éste se vuelven abrumadores, empiezan a operar los mecanismos de defensa y la persona exhibe entumecimiento o evitación. Horowitz sugirió que una persona con trastorno por estrés postraumático oscila entre fases de intrusión y evitación, y que si se procesa con éxito, la oscilación se hace menos frecuente y menos intensa. De acuerdo con esta teoría, el trastorno de estrés postraumático se vuelve crónico porque el trauma permanece en la memoria activa sin que se integre del todo; de ahí que mantenga la capacidad de estimular reacciones intrusivas y de evitación.

Otros investigadores y teóricos socio-cognitivos que se han concentrado más en el contenido de las cogniciones en el trastorno por estrés postraumático proponen que las suposiciones básicas sobre el mundo y uno mismo están "hechas añicos". Las teorías constructivistas tienen fundamento en la idea de que las personas crean activamente sus representaciones internas del mundo (y de sí mismas). A las nuevas experiencias se les asigna significado según el modelo del mundo de la persona (Janoff-Bulman, 1985, 1992; Mahoney y Lyddon, 1988; McCann y Pearlman, 1990). La tarea para recuperarse es reconstruir las creencias fundamentales y establecer el equilibrio. Janoff-Bulman (1985) sugirió que este proceso se logra mediante la reinterpretación del suceso para disminuir la distancia entre las creencias previas y las nuevas creencias. Otros teóricos han propuesto que si las creencias preexistentes de la persona son particularmente positivas o negativas, se presentan síntomas más severos del trastorno por estrés postraumático (McCann y Pearlman, 1990; Resick y Schnicke, 1992; Resick, Monson y Chard, 2007). Foa, Steketee y Rothbaum (1989) se concentraron en las creencias concernientes a la posibilidad de predecir y controlar el trauma, mientras que McCann y Pearlman (1990) propusieron que varias áreas de la cognición pueden ser alteradas o aparentemente confirmadas, es decir, las creencias relativas a la seguridad, confianza, control y poder, estima e intimidad. El modelo de Resick y colaboradores (2007) se enfoca particularmente en el mito del "mundo justo" y el deseo (y la ilusión) del ser humano de

predecir y controlar nuestra vida.

En un modelo cognitivo la expresión afectiva es necesaria, no para la habituación sino para que se procese plenamente la memoria del trauma. Se supone que el afecto natural se disipa con rapidez una vez que se tiene acceso a él, y que entonces puede empezar el trabajo de acomodar la memoria con las creencias. Una vez que se cuestionan las creencias incorrectas concernientes al hecho (la culpa) y las creencias sobre generalizadas acerca de uno mismo y del mundo (p. ej., seguridad, confianza, control, estima, intimidad), disminuyen las emociones secundarias junto con los recordatorios intrusivos. La suposición de que la habituación es el único mecanismo de cambio es socavada por el hecho de que el trastorno por estrés postraumático puede ser tratado eficazmente por medio del entrenamiento de inoculación del estrés sin ejercicios de exposición al trauma (Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991; Foa *et al.,* 1999) y por la terapia cognitiva sin explicaciones escritas u orales de la experiencia traumática (p. ej., Ehlers *et al.,* 2003; Resick *et al.,* 2008; Tarrier *et al.,* 1999).

Ehlers y Clark (2000) propusieron un modelo cognitivo del trastorno por estrés postraumático que se enfoca en la amenaza percibida y la memoria. Ehlers y Clark proponen que, aunque el suceso ocurrió en el pasado, quienes presentan el trastorno por estrés postraumático no pueden ver que el hecho está limitado en el tiempo y asumen que tiene grandes implicaciones para el futuro. La valoración que hacen estos individuos del suceso los lleva a creer que están en riesgo, una valoración incorrecta que puede surgir de distintas formas. Una es sobregeneralizar a partir del hecho y suponer que las actividades normales son más peligrosas de lo que en realidad son. Los individuos pueden sobreestimar la probabilidad de que el hecho se repita. Después de que ocurre el trauma pueden malinterpretar el significado de sus síntomas del trastorno por estrés postraumático de una forma que los lleva a creer que están en gran peligro (se supone que las falsas alarmas son alarmas reales) o que no podrán afrontar lo que suceda en el futuro.

La teoría cognitiva de Ehlers y Clark (2000) considera además que la aparente alteración de la memoria puede dificultar el acceso voluntario de las personas con trastorno por estrés postraumático a su recuerdo del hecho, aunque sufren intrusiones involuntarias de partes del suceso. Proponen que la inadecuada codificación de la memoria en el momento del trauma y su mala integración con otros recuerdos concernientes a los detalles, contexto temporal, secuencia, entre otras, podrían explicar el hecho de que, a pesar de su mala memoria autobiográfica, estas personas pueden recuperar fragmentos de memoria que poseen la cualidad de aquí y ahora (sin contexto temporal) o carecen de valoraciones apropiadas posteriores al trauma (p. ej., "No morí"). Igual que los modelos de procesamiento emocional, Ehlers y Clark proponen que un fuerte aprendizaje asociativo se empareja con las respuestas de temor y puede generalizarse. En respuesta a la percepción de amenaza, las personas con el trastorno por estrés postraumático adoptan estrategias inadaptadas de afrontamiento que dependen de sus valoraciones. Por ejemplo, la gente que cree que se volverá loca si piensa en el suceso traumático trata de evitar los pensamientos sobre el trauma y mantiene su mente

tan ocupada como le es posible. Alguien que cree que debe averiguar a qué se debió el suceso traumático para evitar que vuelva a ocurrir rumiará sobre la forma en que pudo ser evitado. Quienes piensan que serán castigados por sus acciones pueden quedar paralizados y mostrarse incapaces de tomar decisiones. Esas estrategias inadaptadas, que suelen ser conductas de evitación, pueden: (1) aumentar los síntomas, (2) impedir el cambio en las valoraciones negativas, o (3) impedir el cambio en la memoria del trauma.

En un intento por reconciliar las teorías sobre el trastorno por estrés postraumático, Brewin, Dalgleish y Joseph (1996) propusieron una teoría de representación dual que incorpora las teorías del procesamiento de información y la socio-cognitiva e introduce investigación y teoría de la ciencia cognitiva relacionada con la memoria. Sugirieron que el concepto de una sola memoria emocional es demasiado limitado para describir el rango completo de la memoria que se ha hecho evidente tanto en la investigación como en las observaciones clínicas. Con base en investigación previa propusieron que la entrada sensorial es sometida a procesamiento consciente y no consciente. Las memorias que son conscientes y pueden ser recuperadas de manera deliberada, llamadas "memorias verbalmente accesibles" (MVA) contienen cierta información sensorial, información sobre las reacciones emocionales y físicas, y el significado personal del hecho. Aunque estos recuerdos pueden ser razonablemente detallados, también pueden ser muy selectivos porque en condiciones de estrés disminuyen la atención y la capacidad de la memoria de corto plazo.

Se plantea que el otro tipo de recuerdos, conocidos como "memorias de acceso situacional" (MAS), no son conscientes. No se tiene acceso deliberado a este tipo de información, que probablemente es mucho más extensa que las memorias autobiográficas del hecho, y tampoco es fácil editarla o modificarla como sucede con las memorias verbalmente accesibles. Las memorias de acceso situacional incluyen información sensorial (p. ej., auditiva, visual, táctil), fisiológica y motora a la que se tiene acceso automático cuando una persona es expuesta a una situación estímulo similar al trauma o cuando piensa conscientemente en el trauma. Las memorias con acceso situacional se experimentan luego como imágenes sensoriales intrusivas o recuerdos recurrentes acompañados por activación fisiológica.

La teoría de la representación dual plantea dos tipos de reacciones emocionales: un tipo se condiciona durante el suceso (p. ej., temor, enojo), se registra en las memorias de acceso situacional y es activado junto con la información sensorial y fisiológica reexperimentada. El otro tipo, las emociones secundarias, son resultado de las consecuencias e implicaciones (significado) del trauma. Esas emociones secundarias pueden incluir no sólo temor y enojo sino también culpa, vergüenza y tristeza.

Brewin y colaboradores (1996) propusieron que el procesamiento emocional del trauma tiene dos elementos. Uno de esos elementos es la activación de las memorias de acceso situacional (como lo sugieren las teorías del procesamiento de información), cuyo propósito es ayudar en el reajuste cognitivo proporcionando información sensorial y fisiológica detallada concerniente al trauma.

La frecuencia con que se activan las memorias con acceso situacional puede disminuir

al paso del tiempo cuando son bloqueadas por la creación de nuevas memorias con acceso situacional o cuando son alteradas por la incorporación de nueva información. Cuando las memorias con acceso situacional son llevadas a la consciencia pueden modificarse al emparejarse con diferentes estados corporales (p. ej., relajación o habituación) o con diferentes pensamientos conscientes. A la larga, si estas memorias son reemplazadas o alteradas lo suficiente, se da una disminución en las emociones negativas y la subsecuente reducción en el sesgo atencional y la accesibilidad de la memoria.

El segundo elemento (según la propuesta de los teóricos social-cognitivos) es el intento consciente de búsqueda de significado, asignación de causa o culpa, y solución de los conflictos entre el suceso y las expectativas y creencias previas. La meta de este proceso es reducir las emociones negativas y restablecer un sentido de relativa seguridad y control en el entorno del individuo. Para alcanzar esta segunda meta es posible que la persona traumatizada deba editar su memoria autobiográfica (memorias verbalmente accesibles) para reconciliar los conflictos entre el suceso y su sistema de creencias. La persona traumatizada tal vez deba alterar de alguna forma su recuerdo del hecho para restablecer el sistema de creencias preexistente o modificar las creencias y expectativas preexistentes para acomodar la nueva información.

Brewin y colaboradores (1996) sugieren que la terapia de exposición puede ser todo lo que se necesita en los casos en que las emociones son primarias y dirigidas por memorias con acceso situacional. Sin embargo, cuando están presentes emociones secundarias como la culpa o la vergüenza, puede requerirse la terapia cognitiva. Aunque se ha encontrado que tanto la terapia de exposición como la cognitiva son efectivas en el tratamiento del estrés postraumático, hasta ahora ninguna investigación ha correlacionado los tipos de terapia con los perfiles de los clientes.

Otro modelo cognitivo multirrepresentacional llamado SPAARS (Dalgleish, 2004) se propuso originalmente para explicar la experiencia emocional cotidiana y fue aplicado luego al trastorno por estrés postraumático. Este modelo, que se esfuerza también por incluir teorías anteriores, propone cuatro tipos o niveles de sistemas de representación mental: esquemática, proposicional, análoga y asociativa. El nivel esquemático representa información genérica abstracta o esquemas. La información de nivel proposicional son significados verbalmente accesibles, similares a las memorias verbalmente accesibles, mientras que la información en el nivel análogo se almacena como "imágenes" en todos los sistemas sensoriales, de manera similar a las memorias con acceso situacional. Las representaciones asociativas son similares a las estructuras de miedo que, según la hipótesis de la teoría del procesamiento emocional, representan las conexiones entre otros tipos de representaciones. En el modelo SPAARS las emociones son generadas a través de dos rutas. Una, similar al modelo cognitivo de Ehlers y Clark (2000), lo hace a través de valoraciones en el nivel esquemático, en que los sucesos se comparan con metas importantes. Una persona valora que un hecho es amenazante si bloquea una meta importante, luego experimenta temor. Debido a que los sucesos traumáticos amenazan la supervivencia, son valorados como amenazantes y provocan miedo. La segunda ruta a la emoción es el aprendizaje asociativo, que es automático y similar a la activación del

temor descrita por Foa y colaboradores (1989).

Según el modelo SPAARS, un hecho traumático desencadena una gama de emociones como temor intenso, desamparo, horror, entre otros, dirigidas por la valoración. La información sobre el suceso traumático es codificada al mismo tiempo en los niveles esquemático, proposicional y análogo. Como la memoria del suceso traumático representa una amenaza continua para las metas, la persona queda con un bajo nivel de activación del temor, sesgo cognitivo para atender a las valoraciones de amenaza y valoraciones e imágenes sensoriales intrusivas. La memoria del trauma existe en niveles diferentes de representación mental, pero no se mezcla con las representaciones mentales más grandes de la persona, lo que permite que pueda activarse en forma de recuerdos recurrentes o pesadillas. Esas memorias e intrusiones emocionales provocan esfuerzos de afrontamiento por medio de la evitación.

EVALUACIÓN

Cualquier evaluación exhaustiva del trastorno por estrés postraumático debe identificar si un suceso cumple o no los requisitos de gravedad y respuesta subjetiva de un estresor traumático (criterio A), así como la presencia y severidad de los 20 síntomas asociados con el DSM-IV-TR (criterios B-E). Aunque los instrumentos con base en la entrevista son considerados el "estándar de oro" para la evaluación del trastorno por estrés postraumático, en años recientes se han desarrollado varios instrumentos de autorreporte para ofrecer un método de evaluación más rápido y menos costoso. En la actualidad continúa la evaluación de los criterios del nuevo DSM-5 y, por ende, la adaptación de la evaluación e investigación.

Evaluación de los eventos traumáticos

El primer paso en la evaluación del trastorno por estrés postraumático es la identificación de los traumas en la historia del paciente. Esto suele ser difícil de lograr porque muchos sobrevivientes, es especial en los casos de violación y abuso sexual infantil, no revelan espontáneamente su historia traumática. Esto coincide con los patrones generales de evitación de los recordatorios relacionados con el trauma y puede reflejar vergüenza, turbación y culpa en relación con el incidente. Incluso cuando buscan tratamiento por problemas de salud mental, es común que los sobrevivientes no logren reconocer que sus dificultades psicológicas pueden estar asociadas con su historia de trauma. Kilpatrick (1983) sugirió otras razones por las que los sobrevivientes podrían no comunicar esta información, incluyendo el miedo a una reacción negativa ante la revelación, en especial si las revelaciones previas le acarrearon incredulidad o culpa. Además, muchos sobrevivientes no reconocen o etiquetan su experiencia como "trauma", "violación" o "maltrato", sobre todo si el atacante fue un conocido o un familiar, o si el trauma fue experimentado por muchas personas, como sucede en los combates. Por último, muchas personas deciden no revelar esa información tan personal si no existe una alianza sólida con el terapeuta. Por consiguiente, es importante que el clínico forje una alianza positiva tan pronto como sea posible y que comunique el propósito de las preguntas, los límites de la confidencialidad y la forma en que puede usarse la información obtenida (a saber, para fines de diagnóstico, planeación del tratamiento o de investigación).

Respecto con las preguntas relacionadas con la presencia de experiencias traumáticas, una descripción conductual como "¿Alguna vez alguien la ha sometido a un contacto sexual no deseado por medio de la fuerza física o la amenaza de la fuerza?" es más detallada y es preferible a preguntar "¿Alguna vez ha sido violada?" En el último caso, una persona casada (o en una relación) que ha sido atacada sexualmente puede negarlo porque no asocia el término "violación" con el sexo forzado por la pareja. El mismo problema puede presentarse en el caso del maltrato infantil. Un cliente puede indicar que no sufrió maltrato en la niñez para admitir de inmediato, cuando se le pregunta, que uno de los padres lo golpeaba con el cinturón hasta causarle daño. En general, se recomienda que los clínicos empiecen siempre con preguntas generales sobre las experiencias para

pasar luego a preguntas más específicas ligadas a la conducta.

Se han desarrollado algunas entrevistas estructuradas con el propósito principal de hacer una evaluación más detallada de los traumas. La Entrevista de Eventos Potencialmente Estresantes (Kilpatrick, Resnick y Freedy, 1991) incluye preguntas ligadas a la conducta que son particularmente útiles para evaluar la victimización interpersonal, así como otros estresores traumáticos. La versión del DSM-IV de la Escala del TEPT Aplicada por el Clínico (CAPS; Blake *et al.,* 1995; revisada más adelante en mayor detalle y utilizada en la mayor parte de la investigación existente sobre el trastorno por estrés postraumático), incluye una escala de detección de autorreporte (Lista de Verificación de los Eventos de la Vida), seguida por instigadores del entrevistador para determinar si el trauma cumple el criterio A. Está en marcha la validación más reciente de la Escala del TEPT Aplicada por el Clínico (Weathers, Blake *et al.,* 2013) a fin de reflejar los criterios actuales del DSM-5.

Muchos clínicos pueden decidir eludir algunas de esas preguntas extensas usando medidas de autorreporte, como las listas de verificación, para obtener información inicial. Aunque no debería confiarse exclusivamente en esas listas, algunas de ellas pueden usarse como punto de partida para una indagación más a fondo. Además de la Lista de Verificación de los Eventos de la Vida, el Programa de Estrés Traumático (Norris, 1990), el Cuestionario de la Historia de Trauma (THQ; Green, 1996), el Cuestionario de Eventos Traumáticos de la Vida (TLEQ; Kubany, Haynes *et al.,* 2000) y la Escala de Eventos Traumáticos (Vrana y Lauterbach, 1994) evalúan diferentes tipos de traumas como accidentes, desastres naturales, ataque sexual y amenazas o daño físico real. La Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático (PDS; Foa, 1995) incluye dos secciones previas a la evaluación de síntomas. La primera de ellas evalúa 13 sucesos potencialmente traumáticos, mientras que la segunda incluye preguntas para determinar si un hecho satisface la definición del criterio A. En lo que respecta en particular a los hechos bélicos, la exposición a estos hechos ha sido evaluada por medio de la Escala de Exposición al Combate (Keane, Fairbank, Caddell y Zimering, 1989).

Entrevistas diagnósticas estructuradas

La Escala del TEPT Aplicada por el Clínico (CAPS), desarrollada por Blake y colaboradores (1995), se ha convertido en un "estándar de oro" en la evaluación del trastorno por estrés postraumático y es la entrevista diagnóstica de mayor uso (Weathers, Keane y Davidson, 2001; Weathers, Ruscio y Keane, 1999). Esta escala posee varias características que la hacen atractiva; además de una evaluación detallada de las experiencias traumáticas del individuo, utiliza criterios específicos para valorar la gravedad y frecuencia de los síntomas. La escala incluye también preguntas sobre rasgos asociados con el trastorno por estrés postraumático, como disociación, deterioro social y ocupacional, y culpa del sobreviviente. Por otro lado, ofrece directrices claras para la evaluación de cambios conductuales, posteriores a la exposición al trauma. Existe una cantidad importante de investigaciones que demuestran la confiabilidad y validez de la Escala del TEPT Aplicada por el Clínico en una gran variedad de poblaciones de trauma.

Una desventaja es la duración de su aplicación que, en promedio, se lleva alrededor de una hora, así como la necesidad de que la aplique un profesional de la salud mental. La duración de la aplicación puede disminuir ligeramente si sólo se evalúan 17 síntomas centrales del DSM-IV.

Como se mencionó, esta escala fue revisada para mantener su congruencia con los criterios del DSM-5 (Weathers, Blake *et al.,* 2003), y en la actualidad es sometida a prueba.

La Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID; First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1995), se desarrolló para ser utilizada por clínicos experimentados en la evaluación de la sintomatología del trastorno por estrés postraumático y es hoy uno de los instrumentos de diagnóstico de mayor uso. Es importante advertir que si bien evalúa todos los síntomas de trastorno y puede informar si un individuo cumple los criterios para el diagnóstico, la entrevista no evalúa la frecuencia o gravedad de los síntomas individuales. Además, el uso de esta escala sólo permite hacer el conteo del número de síntomas positivos, lo que limita su utilidad en escenarios clínicos o de investigación donde es deseable la medición continua de la gravedad. Resnick, Kilpatrick y Lipovsky (1991) recomendaron ciertas modificaciones para usar la entrevista con víctimas de violación, por ejemplo, incluir preguntas más delicadas para detectar la historia de violación y otros hechos traumáticos importantes. La Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV está siendo modificada para reflejar los criterios actuales del DSM-5 para el trastorno por estrés postraumático.

Otra entrevista altamente estructurada, el Programa de Entrevista Diagnóstica (DIS; Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981) tiene la ventaja de que requiere menos entrenamiento y experiencia para su aplicación que la Escala del TEPT Aplicada por el Clínico y la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV. Igual que esta última, el Programa de Entrevista Diagnóstica proporciona un diagnóstico, pero no incluye puntuaciones continuas de la gravedad. Un problema potencial es que la sección correspondiente al trastorno por estrés postraumático evalúa la exposición a traumas de civiles, como el ataque sexual, pero usa el término "violación" sin mayor especificación. En consecuencia, la modificación sugerida por Resnick y colaboradores (1991) relativa a la violación puede ser apropiada para este instrumento, igual que en la evaluación de traumas interpersonales. Kessler y colaboradores (1995) modificaron también el Programa de Entrevista Diagnóstica para obtener un mejor diagnóstico del trastorno por estrés postraumático en estudios grandes con entrevistadores novatos.

La facilidad y brevedad de aplicación representan una ventaja particular de la Escala de Síntomas del TEPT-Entrevista (PSS-I; Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993). Este instrumento incluía en un principio 17 reactivos e instigadores que coincidían con los 17 síntomas del trastorno por estrés postraumático del DSM-IV, y en la actualidad se está validando una versión actualizada que refleja los criterios del DSM-5. La Escala de Síntomas del TEPT-Entrevista puede arrojar puntuaciones continuas que reflejan la frecuencia de los síntomas o decidir el diagnóstico del trastorno. Otra ventaja es el hecho de que es acompañado por un instrumento de autorreporte (Escala de Síntomas del

TEPT-Autorreporte, PSS-SR) con el que pueden compararse las puntuaciones de la entrevista. De este modo, después de realizar la entrevista inicial puede aplicarse de manera regular la Escala de Síntomas del TEPT-Autorreporte (p. ej., cada dos semanas) para supervisar el cambio en los síntomas sin tener que repetir la entrevista frecuentemente. Una desventaja de la entrevista es que los síntomas son evaluados únicamente en el periodo actual de dos semanas y no en el lapso de un mes, por lo que es posible que algunos diagnósticos sean incorrectos para el DSM-5. Es necesario modificar el marco temporal para un diagnóstico cuidadoso.

Instrumentos de autorreporte

En la actualidad se cuenta con un buen número de escalas de autorreporte del trastorno por estrés postraumático con buenas propiedades psicométricas. Entre ellas se encuentra la Escala de Síntomas del TEPT-Autorreporte (Falsetti, Resnick, Resick y Kilpatrick, 1993; Foa *et al.,* 1993), la Escala Purdue del TEPT-Revisada (Lauterbach y Vrana, 1996), la Lista de Verificación del TEPT (PCL; Weathers, Litz, Herman, Huska y Keane, 1993), el Cuestionario de Eventos Angustiantes (DEQ; Kubany, Leisen, Kaplan y Kelly, 2000), la Escala de Mississippi para el TEPT Relacionado con el Combate (Mississippi Scale; Keane, Caddell y Taylor, 1988), y la Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático (PDS; Foa, 1995). La mayor parte de esas escalas fueron desarrolladas en poblaciones específicas, como sobrevivientes de violación (p. ej., la Escala de Síntomas del TEPT) o veteranos de guerra (p. ej., la Escala Mississippi y la Lista de Verificación del TEPT), y en algunos casos es mínima la investigación sobre su validez para otras poblaciones. De ahí la importancia de que los clínicos consideren su población objetivo antes de adoptar un instrumento. Además, igual que con cualquier instrumento de autorreporte, no es conveniente depender exclusivamente de cuestionarios para hacer el diagnóstico o conocer la gravedad de los síntomas. Sin embargo, si se utilizan junto con entrevistas estructuradas, pueden ser útiles para fines de detección o para demostrar cambios ocurridos a lo largo del tiempo como resultado de una intervención particular. Existe también evidencia de una correlación durante el tratamiento entre el autorreporte y la entrevista clínica sobre síntomas del TEPT (Monson *et al.,* 2008).

La Escala de Impacto del Evento-Revisada (IES-R; Weiss y Marmac, 1997) y la Escala Mississippi (Keane *et al.,* 1997) son dos de los instrumentos de autorreporte más antiguos. La Escala de Impacto del Evento-Revisada es útil para medir el impacto del trauma y coincide con los criterios del DSM-IV, incluyendo los síntomas de evitación, intrusión y activación (Weiss y Marmac, 1997). La Escala Mississippi original, de 35 reactivos, evaluó los criterios de diagnóstico y las características asociadas del trastorno por estrés postraumático en veteranos de guerra; se elaboró una versión más reciente para ser usada con civiles (Lauterbach, Vrana, King y King, 1997). La Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático (Foa, 1995), un instrumento de 49 reactivos diseñado para evaluar los cinco criterios del trastorno, posee cualidades psicométricas fuertes. Griffin, Uhlmansiek, Resick y Mechanic (2004) encontraron una fuerte correlación entre la Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático y la Escala del TEPT

Aplicada por el Clínico.

A partir de otras escalas se derivaron empíricamente dos instrumentos para evaluar el trastorno por estrés postraumático. La Escala Keane del TEPT (PK) del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) y el MMPI-2 ha permitido diferenciar a veteranos de Vietnam con y sin trastorno por estrés postraumático (Keane, Malloy y Fairbank, 1984; Weathers y Keane, 1999). La Lista de Verificación de Síntomas-90-Revisada (SCL-90-R; Derogatis, 1983) también fue examinada por Saunders, Arata y Kilpatrick (1990) y por Weathers y colaboradores (1999), quienes a partir de diferentes grupos de reactivos desarrollaron subescalas para el TEPT para mujeres víctimas de delitos y veteranos de guerra, respectivamente.

La Lista de Verificación del TEPT (PCL) es de gran uso en el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA) y en escenarios militares con una versión para militares (PCL-M) relacionada específicamente con traumas vinculados con el ejército. La versión de la escala para civiles (PCL-C) evalúa traumas de civiles, mientras que la versión específica (PCL-S) permite al asesor identificar el trauma específico de referencia. La Lista de Verificación del TEPT refleja síntomas del trastorno por estrés postraumático del DSM-IV (en lo que coincide con la Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático), y al igual que la Escala del TEPT Aplicada por el Clínico fue corregida para adecuarla al DSM-5 y está siendo evaluada (Weathers, Litz *et al.,* 2013).

En respuesta a la necesidad de examinar gran cantidad de personas para descartar el trastorno por estrés postraumático después del combate o de desastres, o en escenarios médicos cuando el tiempo es limitado, se desarrolló una prueba breve que podía usarse en escenarios de atención primaria o en aplicaciones grupales, como las que se hacen al personal militar después de la movilización (Prins *et al.,* 2004). Con ese propósito se desarrolló la prueba para la Detección del TEPT en Atención Primaria (PC-PTSD) y en EUA se aplica de manera rutinaria a cualquiera que haya sido desmovilizado o que sea atendido en el sistema médico de la dependencia para los veteranos (Hoge *et al.,* 2006). La escala contiene cuatro reactivos de sí o no que representan los cuatro grupos principales de síntomas encontrados en la mayoría de los análisis factoriales que distinguen la evitación deliberada del entumecimiento. Se encontró que esos cuatro reactivos estaban fuertemente asociados con el trastorno por estrés postraumático medido por la Escala del TEPT Aplicada por el Clínico. De hecho, la prueba de Detección del TEPT en Atención Primaria superó en sensibilidad, especificidad y eficiencia a la Lista de Verificación del TEPT. Se recomendó una puntuación de corte de tres como puntuación de eficiencia óptima tanto para hombres como para mujeres, y una puntuación de corte de dos para una máxima sensibilidad.

Por último, debe hacerse notar que sólo un instrumento, el Inventario de Síntomas del Trauma (TSI; Briere, 1995), incluye escalas para evaluar el sesgo de respuesta. En los casos en que el sesgo de respuesta es de particular interés, como los forenses, puede ser conveniente incluir el Inventario de Síntomas del Trauma o la aplicación del MMPI-2 que contiene la escala Keane del TEPT y las subescalas de validez. Además de las escalas clínicas, el Inventario de Síntomas del Trauma incluye subescalas que evalúan las

tendencias a respaldar en forma excesiva síntomas inusuales o extravagantes, a responder de manera incongruente o aleatoria, y a negar síntomas que otros suelen avalar. Además de las subescalas relacionadas con el trastorno por estrés postraumático, como Experiencias Intrusivas, Evitación Defensiva y Activación Ansiosa, también incluye subescalas que miden problemas observados con frecuencia: Depresión, Enojo, Disociación, Conductas de Reducción de Tensión y Alteraciones en la Autopercepción y el Funcionamiento Sexual.

Evaluación psicofisiológica

La evaluación ideal incluye la medición en múltiples canales de respuesta, incluyendo las respuestas fisiológicas. Esto es así sobre todo en la evaluación del trastorno por estrés postraumático toda vez que la reactividad fisiológica a las señales del trauma es uno de los criterios de este problema. Sin embargo, una prueba psicofisiológica puede no ser factible en escenarios clínicos porque no siempre se dispone de la tecnología y la experiencia requeridas. Pese a esta limitación, es importante conocer la investigación en el área y estar alerta a los síntomas fisiológicos obvios de los pacientes cuando hablan sobre sus experiencias del trauma (p. ej., señales de agitación, sudoración, rubor). La investigación ha demostrado diferencias consistentes en la reactividad fisiológica de grupos con y sin el trastorno por estrés postraumático cuando los individuos se ven expuestos a estímulos relacionados con el trauma, por ejemplo a través del uso de guiones individualizados sobre el trauma (para una revisión sistemática de esta línea de investigación, consulte el trabajo de Orr, Metzenger, Miller y Kaloupek, 2004). Entre los veteranos de Vietnam, se ha encontrado que quienes presentan el trastorno por estrés postraumático son más reactivos a la imaginería de combate que quienes no exhiben dicho trastorno, incluso si las muestras de comparación presentan otros trastornos de ansiedad u otros problemas psicológicos (Keane *et al.,* 1998; Pitman, Orr, Forgue y Altman, 1990; Pitman, Orr, Forgue, de Jong y Claiborn, 1987). Se han obtenido resultados similares en personas con el trastorno por estrés postraumático como resultado de memorias verbalmente accesibles y del abuso sexual en la infancia (Blanchard, Hickling, Buckley y Taylor, 1996; Orr *et al.,* 1998).

La mayor investigación de reactividad fisiológica fue un estudio realizado en sedes múltiples con más de 1 300 veteranos (Keane *et al.,* 1998). Mediante el uso de cuatro medidas psicofisiológicas, Keane y colaboradores pudieron hacer una correcta clasificación de dos terceras partes de quienes presentaban el trastorno por estrés postraumático. Esto indica que aunque la reactividad psicofisiológica puede ayudar a distinguir entre muchos miembros de los grupos con y sin el trastorno por estrés postraumático, no debe emplearse como medición única de evaluación diagnóstica. De hecho, la reactividad fisiológica puede ser afectada por una serie de factores que deben tenerse en consideración al evaluar la validez de los hallazgos. Por ejemplo, la respuesta de un individuo puede ser afectada por la presencia de fármacos psicotrópicos (como benzodiacepinas y bloqueadores β-adrenérgicos). Además de las personas que no presentan respuesta fisiológica, algunas parecen tener una respuesta alternativa a la

activación. Griffin y colaboradores (1997) estudiaron la reactividad psicofisiológica en sobrevivientes de un trauma reciente de violación usando una metodología que difería en dos formas importantes de la usada en estudios previos. Primero, en lugar de que los participantes escucharan los guiones generados, se les pidió que hablaran durante cinco minutos de un tema neutral y de lo que recordaban de la violación. Esas fases neutral y del trauma se entremezclaron con las condiciones de línea base. Segundo, en lugar de ver al grupo con el trastorno por estrés postraumático como un todo, los investigadores examinaron la reactividad fisiológica según el grado de "disociación peritraumática" (DP), que se refiere a la medida en que alguien disociaba durante el suceso traumático. Griffin y colboradores encontraron que la respuesta de un pequeño grupo de mujeres con un nivel elevado de disociación peritraumática era muy diferente a la de otras mujeres con el trastorno por estrés postraumático. Mientras la conductividad de la piel y la tasa cardiaca de las mujeres con baja disociación peritraumática aumentaban según lo esperado mientras hablaban sobre la violación, quienes obtuvieron altas puntuaciones de disociación peritraumática mostraron una disminución en sus medidas fisiológicas. Cuando se examinó el malestar subjetivo de las participantes en cada una de las fases, el grupo con alta disociación peritraumática reportó el mismo nivel de malestar que el grupo con baja disociación peritraumática. Por consecuencia, aunque el grupo con alta disociación peritraumática experimentaba angustia, hubo supresión de sus respuestas fisiológicas. Griffin y colbordores especularon que puede existir un subtipo disociativo de individuos con el trastorno por estrés postraumático cuya respuesta fisiológica es muy diferente a la respuesta de quienes presentan el tipo más fóbico del trastorno. La adición de la neuroimagenología ha demostrado que en lugar de una fuerte respuesta de la amígdala, los individuos altamente disociativos parecen tener una respuesta sobremodulada y fuerte activación de los lóbulos frontales (Lanius *et al.,* 2010). Este tipo de investigación apoya el subtipo disociativo encontrado en el DSM-5.

En general, la evaluación en la práctica clínica tiene dos propósitos importantes: diagnóstico y planeación del tratamiento. Sin importar cuál de estos sea el propósito principal de la evaluación es deseable un enfoque multidimensional y multiaxial. Dado que un estudio transversal realizado en un único punto temporal no logra capturar en su totalidad el rango y patrón de los síntomas, Denny, Robinowitz y Penk (1987) y Sutker, Uddo-Crane y Allain (1981) propusieron el uso de un método longitudinal. Para los propósitos del tratamiento ciertamente es esencial la evaluación continua de los patrones de síntomas y la efectividad del tratamiento. Aunque se haya realizado una medición transversal del trastorno por estrés postraumático es conveniente el uso de instrumentos y métodos múltiples, dependiendo del propósito de la evaluación (Keane, Brief, Pratt y Miller, 2007; Weathers y Keane, 1999).

Son indispensables algunas notas finales concernientes a la evaluación. Primero, dada la evidencia empírica que liga al trastorno por estrés postraumático con un mayor riesgo de suicidio, resultan imperiosas la evaluación y supervisión de dicho riesgo. El Estudio Nacional de Mujeres (Kilpatrick, Edmunds y Seymour, 1992) encontró que 13% de las sobrevivientes de violación habían intentado suicidarse en comparación con 1% de

mujeres que no fueron víctimas de ese delito. Además, 33% de las sobrevivientes de violación, en comparación con 8% de quienes no fueron víctimas, dijeron que en algún momento habían considerado seriamente el suicidio. Por otro lado, la presencia comórbida del trastorno por estrés postraumático ha sido asociada con una mayor cantidad de intentos de suicidio entre individuos con trastorno depresivo mayor (Oquendo *et al.,* 2003). Esos datos destacan la necesidad de hacer una supervisión cuidadosa de la ideación suicida y de la conducta autolesiva entre los individuos que están siendo evaluados o tratados por el trastorno por estrés postraumático.

Segundo, cada vez son más las investigaciones que sugieren que los individuos con el trastorno por estrés postraumático presentan un riesgo mayor de perpetrar agresión física en contra de otros. McFall, Fontana, Raskind y Rosenheck (1999) encontraron que en comparación con otros pacientes hospitalizados que no presentaban el trastorno por estrés postraumático o con una muestra comunitaria de veteranos de Vietnam, los veteranos hospitalizados con el trastorno por estrés postraumático eran más propensos a cometer actos de violencia contra objetos u otras personas. Los resultados del Estudio Nacional de Reajuste de Veteranos de Vietnam (NVVRS) indicaron que 33% de los veteranos con trastorno por estrés postraumático habían atacado a su pareja en el año anterior (p. ej., Miller *et al.,* 2004). Dado que el DSM-5 incluye los arrebatos de ira como uno de los síntomas del trastorno por estrés postraumático, es importante evaluar y abordar con cuidado la historia de actos agresivos (según el criterio E) y los impulsos agresivos actuales (p. ej., el estado de ánimo enojado en el criterio D).

Tipos de terapia para el trastorno por estrés postraumático

Existen cuatro formas predominantes de terapia para el trastorno por estrés postraumático: tratamientos enfocados en las habilidades de afrontamiento, tratamientos basados en la exposición, terapia cognitiva, combinación de tratamientos, y desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares (EMDR, que puede ser una combinación de tratamientos). Antes de revisar la investigación sobre los resultados de los tratamientos para el trastorno por estrés postraumático se describen algunos de los protocolos.

Entrenamiento por inoculación de estrés

El primer método exhaustivo descrito específicamente para usarse con sobrevivientes de violación fue el entrenamiento por inoculación de estrés (SIT; Kilpatrick y Amick, 1985; Kilpatrick *et al.,* 1982). Este método se basa en la aproximación de Meichenbaum (1985) a la ansiedad y tiene el propósito de brindar a los clientes un sentido de dominio sobre sus miedos enseñándoles diversas habilidades de afrontamiento. El método se adapta a los problemas y las necesidades de cada cliente, lo que lo hace flexible y permite su utilización de forma individual o grupal. El entrenamiento por inoculación de estrés se lleva a cabo en fases. La primera fase, preparación para el tratamiento, incluye un componente informativo que ofrece un marco explicativo o conceptual que permite al cliente entender la naturaleza y origen de su miedo y ansiedad, y comprender el trauma y sus consecuencias. El entrenamiento por inoculación de estrés se basa en la teoría del aprendizaje social, a la cual añade la explicación de las reacciones de temor y ansiedad que ocurren en tres canales (Lang, 1968): (1) canal físico o autónomo; (2) canal conductual o motor; y (3) canal cognitivo. Se proporcionan ejemplos específicos de cada canal y el paciente identifica sus reacciones en cada uno de ellos. Se explican y analizan las interrelaciones entre los tres canales. La segunda fase consiste en el entrenamiento de habilidades de afrontamiento en cada uno de los canales de respuesta. Incluye, en secuencia, una definición de la habilidad de afrontamiento, su lógica, explicación de su mecanismo de operación, demostración de la habilidad, aplicación por el cliente a un área de problema no relacionado con las conductas objetivo, la revisión de su funcionamiento, y, por último, la aplicación y práctica de la habilidad con uno de los temores objetivo. Las habilidades que se enseñan más a menudo para afrontar el temor en el canal físico son la relajación muscular y el control de la respiración.

Las habilidades de afrontamiento que suelen enseñarse para el canal conductual son el modelamiento encubierto y el juego de roles. Se enseña al cliente a visualizar una situación que le provoque miedo o ansiedad y a imaginar que la confronta con éxito. Para el canal cognitivo se le enseña un diálogo guiado consigo mismo. Se le enseña a enfocarse en su diálogo interno y etiquetar afirmaciones negativas, irracionales e inadaptadas, que luego debe sustituir con verbalizaciones internas más adaptadas. El

diálogo consigo mismo es enseñado en cuatro categorías: preparación, confrontación y manejo, afrontamiento de la sensación de agobio y reforzamiento. Para cada una de esas categorías se genera una serie de preguntas y, o afirmaciones que alientan al cliente a evaluar la probabilidad real de que ocurra el suceso negativo, a manejar el miedo agobiante y la conducta de evitación, a controlar las críticas y la degradación de sí mismo, a practicar la conducta temida y, por último, a reforzarse por hacer el intento y seguir los pasos.

Técnicas de exposición

A inicios de la década de 1980 a 1989 se investigaron algunas formas de la terapia de exposición como tratamiento del trastorno por estrés postraumático. Aunque en diversos estudios de caso y estudios controlados se había demostrado la eficacia de la desensibilización sistemática para tratar el trastorno, ésta no se adoptó de manera generalizada (Bowen y Lambert, 1986; Brom, Kleber y Defares, 1989; Frank *et al.,* 1988; Frank y Stewart, 1983, 1984; Schindler, 1980; Shalev, Orr y Pitman, 1992). La gente con el trastorno por estrés postraumático puede temer y evitar una gran cantidad de estímulos relacionados con el trauma, por lo que la desensibilización sistemática resulta ineficiente, dada la gran cantidad de jerarquías que podrían necesitarse.

La exposición prolongada a las señales temidas o al recuerdo del trauma es un tratamiento más eficiente, por lo que su uso ha sido mayor. Conocidas como exposición terapéutica directa (DTE), inundación o exposición prolongada, esas técnicas de exposición requieren que el cliente confronte *en vivo* las situaciones temidas, se imagine en una situación que le provoque temor, o recuerde su trauma particular por periodos prolongados. Rothbaum, Hodges, Ready, Graap y Alarcon (2001) experimentaron con el uso de la realidad virtual para tratar a veteranos. El veterano con el trastorno por estrés postraumático puede tomar un helicóptero virtual, viajar a Vietnam y disparar, o conducir un vehículo en las calles de medio oriente, así como experimentar otros estímulos que evoquen recuerdos de sucesos traumáticos.

Foa y colaboradores (1991; Rothbaum y Foa, 1992) fueron los primeros en enfocarse en la memoria específica del trauma más que en los estímulos que provocan el temor. La exposición prolongada se realiza individualmente durante 9 a 12 sesiones semanales o bisemanales de 90 minutos. Las dos primeras sesiones se dedican a recabar información, planear el tratamiento y explicar su lógica. También se enseña a los clientes el reentrenamiento de la respiración. Se crea una lista jerárquica de los principales estímulos que son temidos y evitados. Se indica a los clientes que deben confrontar las señales temidas al menos durante 45 minutos al día, empezando con un estímulo de la jerarquía que provoque ansiedad moderada. A partir de la tercera sesión, se revive en la imaginación la escena del trauma y se pide al cliente que la describa en voz alta en tiempo presente. Durante las dos primeras exposiciones se permite que el cliente determine el nivel de detalle, después se le anima a incluir cada vez más detalles sobre las señales externas y las señales internas como pensamientos, respuestas fisiológicas y consecuencias temidas. Durante cada sesión (de 60 minutos) las descripciones se repiten

varias veces y se graban. Se asigna a los clientes la tarea de escuchar la grabación y de realizar tareas *in vivo*. En las sesiones se tiene el cuidado de asegurar que la ansiedad del cliente disminuye antes de que termine la sesión, de ser necesario con la ayuda del terapeuta (Foa y Rothbaum, 1998).

Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou y Thrasher (1998) llevaron a cabo la terapia de exposición de manera algo diferente. Su versión incluye cinco sesiones de exposición imaginaria seguidas por cinco sesiones de exposición en vivo. Durante la exposición imaginaria se pide a los clientes que revivan en voz alta, en primera persona y tiempo presente, los detalles de su experiencia, luego deben imaginar y describir los aspectos críticos del suceso (rebobinar y sostener). Entre las sesiones los clientes escuchan diariamente la grabación de su terapia. Durante la parte de exposición en vivo los clientes (por lo general acompañados por el terapeuta) avanzan por la jerarquía de estímulos relacionados con el trauma que son temidos, evitados o incapacitantes. Se les pide que entre sesiones practiquen la exposición en vivo durante una hora al día.

Intervenciones cognitivas

La terapia cognitiva para el trastorno por estrés postraumático por lo general adopta dos formas. Una se enfoca más en el presente y suele usar diarios o formas de monitoreo para evocar los pensamientos actuales que el cliente registró durante la semana. Esas hojas de tarea son la base de las intervenciones cognitivas que ocurren durante el tratamiento mediante el uso de la enseñanza y el cuestionamiento socrático. Se enseña a los clientes a identificar y refutar los pensamientos exagerados o poco realistas sobre sí mismos, el mundo y su futuro con un razonamiento más probabilístico y argumentos basados en la evidencia. Blanchard y colaboradores (2003) y Foa y colaboradores (2005) son algunos de los investigadores que han usado este modelo de reestructuración cognitiva.

La otra forma de terapia cognitiva se enfoca en el trauma y es constructivista, es decir, se concentra en los significados particulares de los sucesos traumáticos para el cliente y en la forma en que esas interpretaciones del suceso contradicen o al parecer confirman creencias previas sobre uno mismo y los demás. Esas suposiciones distorsionadas sobre los sucesos (p. ej., "Debería haber sido capaz de detener el hecho, de modo que es mi culpa que haya ocurrido") pueden mantener la creencia en un mundo justo o un sentido de controlabilidad, pero a costa de la vergüenza, culpa y una menor autoestima. El tratamiento se enfoca en la manera en que los clientes pueden haber distorsionado el hecho para mantener las creencias previas sobre la justicia o el papel de los otros (asimilación), o, por el contrario, en la manera excesiva en que cambiaron sus creencias sobre sí mismos y el mundo (sobreacomodación) en un intento por recuperar un sentido de control o seguridad en el presente o el futuro ("Ya no puedo confiar en otra gente"). El tratamiento incluye el cuestionamiento socrático y el uso de hojas de trabajo cognitivo para enseñarles a cuestionar su forma de pensar en los sucesos traumáticos y las implicaciones que han construido. Resick y colaboradores (2002, 2008), y Tarrier y colaboradores (1999) son algunos de los investigadores que han estudiado la terapia

cognitiva enfocada en el trauma.

La terapia del procesamiento cognitivo (CPT) en principio se desarrolló con el propósito concreto de tratar los síntomas específicos del trastorno por estrés postraumático en sobrevivientes de ataques sexuales (Resick y Schnicke, 1992, 1993), pero desde entonces fue actualizada y aplicada a otras poblaciones (Resick *et al.,* 2007). La terapia del procesamiento cognitivo es un programa estructurado de 12 sesiones, predominantemente cognitivo, que puede realizarse en formato individual o de grupo. Después de una introducción a los síntomas del trastorno por estrés postraumático y a la terapia se pide a los clientes que escriban una declaración de impacto, que es una descripción de cómo fueron afectados por el suceso traumático más agobiante. Se les pide que se concentren en la culpa que sienten en relación con el trauma y los efectos que ha tenido el hecho en sus creencias sobre sí y los demás. Esta declaración se utiliza para entender cómo pueden haber distorsionado la causa del suceso o generalizado excesivamente su significado, lo que puede haber comprometido su funcionamiento. Por ejemplo, si alguien piensa que tendría que haber sido capaz de detener el suceso, puede sentirse culpable como consecuencia. Si un cliente ha decidido que el evento significa que no puede confiarse en nadie, se comportara como si eso fuera verdad.

Antes de examinar el trauma a profundidad, se enseña al cliente a etiquetar las emociones y a reconocer la conexión entre los sucesos, pensamientos y sentimientos, luego se le pide que escriba un relato detallado del suceso traumático señalado y que lo lea para sí todos los días. Durante la sesión lo lee para el terapeuta y se le alienta a sentir cualesquier emoción que surja y a completar las hojas de trabajo sobre los puntos de obstrucción relacionados con el trauma.

El terapeuta utiliza el diálogo socrático para cuestionar los pensamientos problemáticos sobre el hecho traumático. Después de escribir y leer el relato por segunda vez, el terapeuta se concentra en enseñar al cliente, por medio de una serie de hojas de trabajo, la habilidad de cuestionar los pensamientos y suposiciones planteándose una serie de preguntas socráticas. Se le enseña primero a cuestionar un solo pensamiento, luego a buscar los patrones problemáticos de pensamiento y, por último, a generar pensamientos alternativos y más equilibrados sobre el suceso, luego sobre las suposiciones sobregeneralizadas acerca de sí mismo y el mundo. En las últimas cinco sesiones se proporciona a los clientes módulos para ayudarlos a pensar en temas específicos que suelen ser alterados luego de hechos traumáticos: seguridad, confianza, poder y control, estima e intimidad. En una versión alternativa que recibe cada vez más atención de los investigadores, se omite el relato escrito, aspecto que se analiza más adelante en la sección de investigación.

Combinación de tratamientos y estudios acumulativos

Algunos estudios que se revisan más adelante se refieren a los protocolos como terapia cognitivo-conductual (TCC; p. ej., Blanchard *et al.,* 2003). Esos paquetes de terapia suelen combinar diversas formas de exposición (imaginaria, *en vivo*) con la terapia cognitiva, aunque también pueden incluir habilidades de relajación o de otras formas de

afrontamiento. Algunos de esos protocolos se desarrollaron desde el inicio como una combinación de tratamientos o reflejan estudios acumulativos en que se agrega un nuevo componente a un tratamiento existente para determinar si el componente añadido agrega valor a la terapia existente. Una distinción importante entre esos dos tipos de protocolo es que la combinación de tratamientos se diseñó con una duración específica que permitiera acomodar los componentes del tratamiento. En otras palabras, el paquete de tratamiento fue diseñado para obtener las metas óptimas de los componentes cognitivos o de exposición. Los estudios acumulativos deben ajustarse a la duración original del protocolo; en consecuencia, su diseño tal vez no permita la cantidad óptima de terapia para alcanzar las metas de los componentes. En los estudios acumulativos se acorta la cantidad de exposición, manejo del estrés o terapia cognitiva de la combinación a fin de mantener la duración del protocolo original que está siendo comparado.

ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES PARA LA REGULACIÓN AFECTIVA E INTERPERSONAL (STAIR) Y MODIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN PROLONGADA (MPE)

Cloitre, Koenen, Cohen y Han (2002) propusieron que, además del trastorno por estrés postraumático, los sobrevivientes del trauma por abuso sexual infantil tienen problemas con la regulación del afecto y la efectividad interpersonal que ponen en riesgo su capacidad para beneficiarse de intervenciones enfocadas en el trauma. En consecuencia, desarrollaron un protocolo llamado STAIR (referido al entrenamiento de habilidades para la regulación afectiva e interpersonal) que incluye el tratamiento de esos problemas antes de poner en marcha una modificación de la exposición prolongada (MPE). Esta combinación de tratamientos enseña primero a los pacientes habilidades interpersonales y de manejo de la emoción durante ocho semanas, a lo que le sigue una segunda fase de tratamiento con exposición imaginaria. Esta fase incluye también la exposición posterior al manejo emocional y la terapia cognitiva.

Desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares

La desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares (EMDR) es una terapia controvertida que no surgió de la teoría o de la aplicación efectiva para otros trastornos, sino de una observación personal. Según su desarrollo original por Shapiro (1989, 1995), la desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares tiene fundamento en una observación fortuita de que los pensamientos inquietantes eran resueltos cuando sus ojos seguían la ondulación de las hojas durante un paseo por el parque. Shapiro desarrolló la desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares a partir de esa observación y sostiene que los movimientos laterales del ojo facilitan el procesamiento cognitivo del trauma. Posteriormente, se conceptualizó a la desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares como un tratamiento cognitivo-conductual con el propósito de facilitar el procesamiento de la información de los hechos traumáticos y como una intervención cognitiva para las cogniciones negativas relacionadas con el trauma. En las primeras presentaciones se anunciaba que podía curar varios trastornos en una sesión. No obstante, estudios más recientes por lo general son de síntomas relacionados con el trauma y un curso más similar al de otras terapias. La desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares se describe ahora como un tratamiento de ocho fases que incluye hablar de la historia, preparación clínica, evaluación del objetivo, desensibilización, instalación, examen del cuerpo, cierre y reevaluación de los efectos del tratamiento. Además de los movimientos laterales de los ojos, la desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares incluye componentes cognitivos y de exposición.

En el protocolo básico de la desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares se pide a los clientes que identifiquen una imagen o memoria traumática y se concentren en ella (fase de evaluación del objetivo). A continuación, el terapeuta provoca

cogniciones negativas o afirmaciones sobre la memoria. Se pide a los clientes que asignen una puntuación a la memoria y a las cogniciones negativas en una escala de malestar de 11 puntos y que identifiquen la ubicación física de la ansiedad. El terapeuta ayuda a los clientes a generar cogniciones positivas que sería preferible asociar con el recuerdo. Se utiliza una escala de siete puntos para calificar qué tanto cree el cliente en la afirmación.

Una vez que el terapeuta le ha enseñado el procedimiento básico de la desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares, se le pide hacer cuatro cosas al mismo tiempo (fase de desensibilización): (1) visualizar el recuerdo; (2) repasar las cogniciones negativas; (3) concentrarse en las sensaciones físicas de la ansiedad; y (4) seguir visualmente el dedo índice del terapeuta. Mientras el cliente hace lo anterior, el terapeuta mueve rápidamente su dedo índice hacia atrás y adelante, de derecha a izquierda, a 30 o 35 centímetros del rostro del cliente, con dos movimientos hacia atrás y adelante por segundo (ahora se cuenta con barras luminosas para hacerlo). Esto se repite 24 veces. Luego se pide al cliente que deje en blanco la memoria y respire profundo. Después debe recuperar la memoria y las cogniciones y calificar el nivel de malestar. Las series de movimientos oculares (sacadas) se repiten hasta que la puntuación del malestar sea igual a 0 o a 1. En este punto, se pregunta al cliente cómo se siente acerca de la cognición positiva y que la califique (fase de instalación).

Evidencia a favor de la eficacia del tratamiento

La terapia cognitivo conductual y la desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares han sido identificadas en numerosos metaanálisis como tratamientos eficaces (p. ej., Bradley, Greene, Russ, Dutra y Westen, 2005; Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan y Foa, 2010; van Etten y Taylor, 1998). También han sido recomendadas como tratamientos de elección en numerosas directrices de tratamiento para el trastorno por estrés postraumático (por ej., Foa, Keane, Friedman y Cohen, 2008; National Institute of Clinical Excellence, 2005; U.S. Departments of Veterans Affairs and Defense, 2010).

Pruebas con control aleatorio sistemáticamente han demostrado que la terapia cognitivo conductual es superior a la lista de espera y a las condiciones usuales de tratamiento (p. ej., Chard, 2005; Foa *et al.,* 1999; Monson *et al.,* 2006; Resick *et al.,* 2007), y que en general es mejor que las terapias diseñadas para controlar los elementos esenciales y no específicos de la psicoterapia eficaz (p. ej., Blanchard *et al.,* 2003; Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara y Elbert, 2004; Schnurr *et al.,* 2007). Ensayos cara a cara han demostrado pocas diferencias entre distintos paquetes de la terapia cognitivo conductual después del tratamiento (p. ej., Bryant, Moulds, Guthrie, Dang y Nixon, 2003; Foa *et al.,* 1999; Resick *et al.,* 2002; Tarrier *et al.,* 1999), mientras que los resultados concernientes a la eficacia diferencial en seguimientos de largo plazo (es decir, ≥ cinco años después del tratamiento; Resick *et al.,* 2012; Tarrier y Sommerfield, 2004) han sido ambiguos. Por lo general, la eficacia de esos paquetes no se ha visto afectada por la adición o eliminación de diferentes elementos de los protocolos de la terapia cognitivo-conductual (p. ej., Foa *et al.,* 1999; Resick *et al.,* 2008).

Ensayos con control aleatorio demuestran que la desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares es superior a las condiciones de lista de espera (p. ej., Rothbaum, Astin y Marsteller, 2005). Sin embargo, varios estudios han demostrado que la terapia cognitivo-conductual es más eficaz que la desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares (p. ej., Devilly y Spence, 1999; Taylor *et al.,* 2003), otros no han encontrado diferencias (p. ej., Ironson, Freund, Strauss y Williams, 2002; Power *et al.,* 2002; Rothbaum *et al.,* 2005), y otros más informan que la desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares es superior a la terapia cognitivo-conductual, por lo menos para los síntomas intrusivos (Lee, Gavriel, Drummond, Richards y Greenwald, 2002). Aunque Shapiro sostiene que los movimientos oculares laterales son un componente terapéutico esencial de la desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares, estudios de desmantelamiento que han examinado dicha afirmación han arrojado resultados contradictorios (p. ej., Pitman, Orr, Altman, Longpre, Poire y Macklin, 1996; Renfrey y Spates, 1994; Wilson, Silver, Covi y Foster, 1996).

En resumen, se ha encontrado que diferentes formas de la terapia cognitivo-conductual enfocadas en el desarrollo de habilidades o el procesamiento del trauma mediante métodos cognitivos o conductuales son eficaces en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático y que tienen efectos sostenidos a largo plazo. Algunos estudios han documentado la eficacia de la desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares, aunque la evidencia que apoya los movimientos oculares laterales como ingrediente del tratamiento activo es contradictoria.

Variables del terapeuta, cliente y escenario

Género y origen étnico

De acuerdo con la Réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (Kessler, Berglund *et al.,* 2005), las tasas permanentes de prevalencia del trastorno por estrés postraumático son casi tres veces más altas en las mujeres (9.7%) que en los hombres (3.6%). El metaanálisis de Tolin y Foa (2006) sobre las diferencias sexuales en el riesgo de ser expuesto a sucesos potencialmente traumáticos y de presentar trastorno por estrés postraumático indica que las mujeres son más propensas que los hombres a cumplir los criterios del trastorno, aunque su probabilidad de haber experimentado sucesos potencialmente traumáticos es menor. Las mujeres son más proclives que los hombres a sufrir ataques sexuales y abuso sexual infantil, pero es menos probable que sufran accidentes y ataques no sexuales; que atestigüen muertes y lesiones; y que experimenten desastres, incendios y traumas relacionados con la guerra. Dentro de tipos específicos de sucesos traumáticos, las mujeres exhibían aún mayor trastorno por estrés postraumático, lo que sugiere que el riesgo de exposición a tipos específicos de trauma sólo explica en parte el riesgo diferencial de sufrir el trastorno en hombres y mujeres.

Dado que el ataque sexual es perpetrado predominantemente por los hombres, y que se trata de un delito sumamente personal e íntimo, los sobrevivientes de ataques sexuales suelen desconfiar de los hombres. Lo que puede hacer relevante la cuestión del sexo del terapeuta. A menudo, los clientes prefieren o insisten en ser tratados por una terapeuta.

No se ha estudiado específicamente la efectividad de los terapeutas varones, pero pueden ser bastante eficaces si están bien entrenados (Resick, Jordan, Girelli, Hutter y Marhoeder-Dvorak, 1988). Los problemas con los terapeutas, identificados por Silverman (1977) y por Koss y Harvey (1991), incluyen la tendencia de los hombres a ver la violación más como un delito sexual que como un delito de violencia (Burt, 1980), lo que los lleva a prestar demasiada atención a los aspectos sexuales de la experiencia y sus consecuencias.

Cuando se trata a sobrevivientes de ataques sexuales, es esencial que el terapeuta, sin importar su género, esté informado sobre la violación y el trastorno por estrés postraumático, lo cual incluye las publicaciones sobre las reacciones, los mitos y las actitudes hacia la violación. Los terapeutas, igual que los clientes, llevan consigo las percepciones que aprendieron en su cultura, y éstas pueden interferir con su eficacia si coinciden con cualquiera de las percepciones erróneas que son comunes en relación con la violación (p. ej., la violación es cuestión sobre todo de sexo, los violadores suelen ser desconocidos, no es violación a menos que la mujer se resista activamente). Los sobrevivientes de ataques sexuales son extremadamente sensibles a las insinuaciones de que podrían tener culpa, por ejemplo, y muchos abandonan el tratamiento si sienten que el terapeuta puede albergar atribuciones que culpan a la víctima.

De igual modo, los veteranos de guerra suelen mostrarse renuentes a iniciar el tratamiento con terapeutas novatos que quizá desconozcan detalles bélicos particulares o la historia relevante. Es importante que los terapeutas admitan su nivel de familiaridad y que trabajen con los clientes para entender a plenitud sus experiencias traumáticas y el contexto que las rodea.

En la investigación de resultados se ha prestado poca atención al papel del sexo u origen étnico en la terapia cognitivo conductual para el trastorno por estrés postraumático. Por desgracia, esta limitación no se restringe a la investigación sobre el tratamiento del trastorno por estrés postraumático: el complemento enfocado en las minorías del informe sobre salud mental de la Secretaría de Salud Pública (U.S. Department of Health and Human Services, 2001) dejó clara la escasa investigación empírica sobre el tratamiento de la depresión y la ansiedad en minorías. Los pocos estudios sobre las tasas de prevalencia entre grupos étnicos han mostrado resultados contradictorios que, en parte, pueden reflejar tasas diferenciales de exposición al trauma (Breslau, Davis y Andreski, 1995; Norris, 1992).

En dos estudios de evaluación de programa se comparó a veteranos de guerra afroamericanos y de ascendencia europea con el trastorno por estrés postraumático. En algunas mediciones Rosenheck, Fontana y Cottrol (1995) encontraron menos mejoría entre los afroamericanos; aunque este hallazgo no encontró apoyo en el estudio de Rosenheck y Fontana (1996). A la fecha, sólo un puñado de estudios han examinado la eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres afroamericanas con el trastorno por estrés postraumático. Zoellner, Feeny, Fitzgibbons y Foa (1999) compararon a mujeres afroamericanas y mujeres de ascendencia europea que sobrevivieron a ataques sexuales o no sexuales. El tratamiento incluía entrenamiento por inoculación de estrés, PE o una

combinación de ambas. No se encontraron diferencias étnicas en la eficacia del tratamiento. Esos resultados se obtuvieron a pesar de la dificultad para igualar el origen étnico de clientes y terapeutas. Lester, Resick, Young-Xu y Artz (2010) combinaron las bases de datos de los estudios de Resick y colaboradores (2002, 2008) para examinar el abandono y los resultados del tratamiento entre 94 mujeres afroamericanas y 214 mujeres de ascendencia europea, víctimas de trauma interpersonal. La tasa de abandono fue significativamente mayor para las pacientes afroamericanas (45% contra 73% completaron todas las sesiones). Sin embargo, pese a ello, en los análisis de la intención para tratar en que todas fueron aleatorizadas, no hubo diferencias en el resultado del tratamiento entre los grupos raciales. Las diferencias parecían deberse al hecho de que las pacientes afroamericanas que abandonaron la terapia se beneficiaron más del tratamiento que las pacientes de ascendencia europea que lo dejaron. Aunque esos resultados son alentadores es importante mantener la atención en el efecto que tienen en el tratamiento las cuestiones raciales, étnicas y culturales (McNair y Neville, 1996).

Traumatización vicaria

Trabajar con víctimas de trauma puede tener efectos negativos en los terapeutas que algunos denominan traumatización "secundaria" o "vicaria". McCann y Pearlman (1990) analizan el impacto como una alteración de los esquemas cognitivos del terapeuta acerca de sí mismo y del mundo. Escuchar las experiencias traumáticas de los clientes puede ser estremecedor y dar lugar a alteraciones en las suposiciones y expectativas que, a su vez, afectan las creencias, conductas y relaciones de los terapeutas. El trabajo con víctimas de trauma puede desafiar las suposiciones de los terapeutas acerca de la invulnerabilidad y seguridad personal, así como la creencia de que el mundo es un lugar ordenado y con significado, lleno de gente digna de confianza. De acuerdo con el modelo de McCann y Pearlman, la reacción de un terapeuta depende del grado de discrepancia entre el trauma del sobreviviente y los esquemas cognitivos del terapeuta. Por ejemplo, si las experiencias complejas del terapeuta dieron lugar al desarrollo de suposiciones (esquemas) de seguridad que son centrales para su bienestar, trabajar con sobrevivientes de trauma puede ser angustiante debido a una sensación exacerbada de vulnerabilidad. Además, el sistema de memoria del terapeuta puede ser alterado para acomodar la imaginería traumática que puede volverse intrusiva.

Para contrarrestar los efectos negativos de trabajar con individuos traumatizados, los terapeutas deberían estar preparados para reconocer y lidiar con esos efectos. McCann y Pearlman (1990) recomiendan evitar el aislamiento y hacer uso de las redes profesionales como fuente de apoyo. Hablar con otros profesionales que trabajan con sobrevivientes de trauma es especialmente útil porque ellos pueden ayudar al terapeuta a reconocer esos efectos y a normalizar sus reacciones. Otras estrategias de afrontamiento sugeridas por McCann y Pearlman incluyen equilibrar la cantidad de trabajo con casos de trauma y otros que no tengan relación con este último, participar en otras actividades profesionales y personales, reconocer las propias limitaciones, involucrarse en lograr el cambio social y concentrarse en el impacto positivo que tiene en lo personal el trabajo con sobrevivientes

del trauma y en las formas en que esto puede enriquecer la vida.

"Resistencia"

El trabajo con clientes con trastorno por estrés postraumático puede ser difícil debido a su ambivalencia respecto con la terapia. Quizá deseen ayuda, pero temen confrontar sus recuerdos y les resulta difícil confiar en otros, incluyendo a los terapeutas. También pueden tener fuertes sentimientos de vergüenza acerca del suceso traumático que interfieren con su disposición a revelar información que creen que puede provocarles rechazo de otros. Por supuesto, es importante recordar que las conductas de evitación, incluyendo la evitación de pensamientos sobre el trauma, forman parte de los criterios para diagnosticar el trastorno por estrés postraumático. Por lo tanto, es de esperarse que la evitación ocurra también en el contexto del tratamiento. Son comunes las inasistencias y la exhibición de conductas de evitación sutiles y evidentes en las etapas iniciales de la terapia. De ser posible, los terapeutas deben considerar la posibilidad de iniciar el tratamiento por teléfono antes de la primera sesión. Es probable que la tasa de inasistencias disminuya si el terapeuta expresa comprensión de la renuencia del cliente y alienta su asistencia. Al inicio de la terapia, el terapeuta debe describir la evitación como un síntoma del trastorno por estrés postraumático y una forma ineficaz, aunque comprensible, de afrontamiento; es probable que etiquetar la evitación "resistencia" incremente las críticas hacia el cliente y obstaculice la efectividad del terapeuta. Koss y Harvey (1991) y Kilpatrick y Veronen (1983) analizan estos y otros retos del trabajo con sobrevivientes del trauma de violación; mientras que Shay y Munroe (1999) examinan los desafíos del trabajo con veteranos de guerra con el trastorno por estrés postraumático.

Víctimas de traumas múltiples

Se ha demostrado que los métodos de tratamiento descritos producen una importante mejoría en víctimas civiles de trauma al cabo de poco tiempo. Por lo regular, los estudios presentados no excluyeron a nadie por su historia, la mayoría tenía historias amplias de trauma, incluso cuando había un trauma identificado que era el criterio principal de inclusión (violación o combate). Además, en un análisis secundario del ensayo de Resick y colaboradores (2002), Resick y colaboradores (2003) demostraron que 42% de los pacientes con experiencias de abuso sexual infantil, además del trauma adulto, mostraban mejoras significativas en el trastorno por estrés postraumático y no diferían de quienes no tenían una historia de abuso sexual en la niñez. En años recientes se ha observado un aumento en la evidencia del éxito del tratamiento en individuos con historias más crónicas o repetidas de trauma, como violencia doméstica (Kubany *et al.,* 2004), combate (Monson *et al.,* 2006) y abuso sexual infantil de larga duración (Chard, 2005; Cloitre, Stovall-McClough, Miranda y Chemtob, 2004). Esta investigación apunta a la utilidad del tratamiento basado en la evidencia para casos complejos y desacredita el mito de que la terapia cognitivo conductual sólo funciona en casos "simples" de un único trauma. Dicho lo anterior, los terapeutas que trabajan en esos casos deben estar al tanto de atender los

problemas especiales. Por ejemplo, algunas investigaciones sugieren que el trastorno por estrés postraumático en los sobrevivientes del trauma por ataque sexual puede jugar un papel en la repetición del mismo (p. ej., Kilpatrick *et al.,* 1987), aunque esta relación parece ser compleja (Wilson, Calhoun y Bernat, 1999). Los sobrevivientes del abuso sexual en la niñez pueden presentar otros problemas (Cloitre, 1998) porque su trauma pudo haber interferido con los procesos de desarrollo normal. Dado que el abuso a menudo es cometido por un familiar o un adulto en el que se confía, representa una grave traición por parte de alguien de quien el niño espera recibir seguridad básica y protección. Es probable que estas personas necesiten más ayuda para el desarrollo de habilidades, sobre todo, de regulación emocional e interpersonal. En algunos casos deben abordarse las disfunciones sexuales; esto puede agregarse al programa de tratamiento del individuo o bien debe referirse al cliente a un especialista en terapia sexual, pero sólo después de concluir el tratamiento de otros problemas relacionados con el trauma. Los veteranos pueden presentar problemas específicos que los lleva a cometer actos de violencia o a asesinar a otras personas, a desconfiar del gobierno y las figuras de autoridad, a los estereotipos étnicos o raciales y a mostrar reacciones de duelo prolongadas (Monson, Prior y Ranslow, 2005).

Tratamiento grupal

La decisión de usar un formato grupal o uno individual para el tratamiento por lo regular se toma con base en el juicio clínico y el sentido práctico. Es escasa la investigación que compara ambos formatos.

Algunas intervenciones utilizadas con víctimas de trauma pueden adaptarse a cualquier formato. La investigación reciente demuestra que los tratamientos grupales estandarizados pueden ser exitosos con veteranos de guerra y sobrevivientes de abuso sexual en la niñez (Chard, 2005; Creamer, Morris, Biddle y Elliott, 1999). Recientemente Morland. Hynes, Macintosh, Resick y Chard (2011) obtuvieron datos de un estudio piloto en desarrollo en que se utilizó un formato grupal de la terapia de procesamiento cognitivo a través de telesalud con un grupo en las islas Hawaianas mientras el terapeuta se encontraba en otra isla. Aunque aún no concluye el ensayo aleatorizado principal, los hallazgos parecen prometer que habrá equivalencia entre los grupos de telesalud y los grupos que se reúnen en persona.

El tratamiento grupal posee varias ventajas que lo hacen popular con los sobrevivientes del trauma y los profesionales. Koss y Harvey (1991) examinaron algunas de esas ventajas. El tratamiento grupal disminuye la sensación de aislamiento que experimenta la mayoría de los sobrevivientes, quienes se retraen de las interacciones y creen que los demás no pueden entender sus sentimientos. Proporciona apoyo social que es claro y no asigna culpas. Ayuda a validar y a normalizar los sentimientos y las reacciones ante el trauma. El tratamiento grupal confirma la realidad de la experiencia traumática y permite compartir las estrategias de afrontamiento. Contrarresta la culpa y promueve la autoestima. Como es más igualitario que la terapia individual, el tratamiento grupal puede fomentar el empoderamiento y disminuir la dependencia. Proporciona un entorno seguro

para el desarrollo de apegos e intimidad con otros, además de la oportunidad de compartir el duelo y la pérdida. Finalmente, el tratamiento grupal puede ayudar a los sobrevivientes del trauma a dar significado al suceso, lo que promueve el procesamiento cognitivo.

Los métodos grupales también tienen desventajas y debería tenerse el cuidado de examinar la disposición de los clientes a unirse a un grupo. McCann y Pearlman (1990) sugieren que los clientes con un trastorno severo por estrés postraumático deberían recibir de manera simultánea terapia individual y tratamiento de grupo porque los grupos pueden evocar afecto y recuerdos intensos que pueden abrumar a clientes no preparados. Por razones similares, Resick y Markaway (1991) advierten que no es conveniente que los miembros del grupo compartan en las primeras sesiones las experiencias de su violación. Aunque es importante para la recuperación, compartir las "historias de guerra" debería hacerse más tarde en el proceso del grupo o en las sesiones individuales, para no asustar a otros miembros del grupo o sensibilizarlos a otras situaciones vulnerables. Según las sugerencias de Koss y Harvey (1991) y de McCann y Pearlman, el tratamiento de grupo no es conveniente para clientes suicidas, para personas con problemas graves de abuso de drogas, automutilación o para los clientes que además de una historia de abuso de drogas presentan el trastorno límite de personalidad, tampoco es aconsejable para los clientes con vida muy inestable y desorganizada, ni para los clientes que nunca han hablado antes sobre su trauma o cuya memoria del mismo es incompleta.

ESTUDIO DE CASO

"Tom" es un hombre blanco de 23 años, soltero, que se presentó en busca de tratamiento aproximadamente un año después de un suceso traumático ocurrido durante su servicio militar en Irak. Tom recibió terapia de procesamiento cognitivo mientras estaba en el servicio activo en el ejército.

Antecedentes

Tom fue el tercero de cuatro hijos. Describe a su padre como un alcohólico que antes de divorciarse de su madre se ausentaba a menudo de casa por viajes de trabajo. Dijo también que su padre siempre se mostró emocionalmente distante de la familia, sobre todo después del divorcio. Afirma que tiene una relación estrecha con su madre y con sus hermanos. Negó haber tenido en la niñez problemas importantes de salud mental o física. Sin embargo, describió dos sucesos traumáticos significativos ocurridos en su adolescencia. Específicamente, describió haber presenciado el suicidio de su mejor amigo que se disparó en la cabeza, un hecho que lo afectó profundamente igual que al resto de la comunidad. Luego añadió que todavía se sentía responsable por no haber impedido el suicidio de su amigo. El segundo hecho traumático fue la muerte de uno se sus hermanos en un accidente automovilístico cuando tenía 17 años. Tom no recibió ningún tratamiento mental durante su niñez o después de esos hechos, aunque indicó que empezó a consumir alcohol y sustancias ilícitas después de esos sucesos traumáticos en su juventud. Admitió que mientras estaba en la preparatoria casi todos los días consumía cannabis y alcohol, llegando a beber hasta 24 botes de cerveza hasta perder el sentido. Dijo que después de su reclutamiento había disminuido su consumo de alcohol y había dejado de usar cannabis.

Tom sirvió en la infantería. Recibió entrenamiento básico y luego asistió a la escuela de entrenamiento avanzado antes de ser movilizado directamente a Irak. Mientras estaba ahí, atestiguó y experimentó una serie de incidentes traumáticos. Habló sobre compañeros que fueron asesinados y heridos en servicio, así como de convoyes que vio que eran alcanzados por artefactos explosivos improvisados. Sin embargo, el hecho traumático que identificó como más perturbador y que más ansiedad le causaba fue haber disparado contra una mujer embarazada y su hijo.

Tom describió el hecho de la siguiente manera:

Bombarderos suicidas habían detonado varias bombas en el área en que servía, por lo que se había establecido un puesto de control para resguardar el área. Tom se encontraba patrullando este puesto de control. Ya había oscurecido cuando un automóvil empezó a acercarse al puesto de control y los oficiales le indicaron que se detuviera. A pesar de las advertencias, el vehículo no se detuvo y siguió acercándose al punto de control, ingresando al área en que la entrada era protegida por el siguiente nivel de infantería. Por protocolo Tom hizo un disparo de advertencia para detener al carro, pero éste continuó la marcha hacia el puesto de control. A unas 25 yardas de la puerta del puesto de control,

Tom y al menos otro soldado dispararon varias veces sobre el vehículo.

Después de un breve periodo de desorientación, salió del carro un hombre llorando, con las ropas empapadas de sangre y las manos en alto. El hombre cayó de rodillas, con las manos y la cabeza sobre el camino. Tom pudo escucharlo sollozar y, según él, los sollozos eran guturales y llenos de desesperación. Tom encontró en el asiento del copiloto a una mujer muerta que aparentemente estaba embarazada. En el asiento trasero se encontraba una pequeña, también muerta. Aunque nunca lo confirmó, Tom y sus compañeros creían que el hombre que lloraba en el camino era el esposo de la mujer y padre de la niña y el feto.

Tom se angustió de inmediato por el suceso y la unidad en el campo de Control de Estrés por Combate lo envió de regreso a una Base de Operaciones de Avanzada debido a sus síntomas cada vez más frecuentes de reexperimentación e hipervigilancia. Al final Tom fue llevado a un hospital de la armada donde recibió terapia de procesamiento cognitivo.

Antes del tratamiento se le aplicó la Escala del TEPT Aplicada por el Clínico (CAPS), en la que obtuvo una puntuación localizada en el rango severo que cumplía los criterios para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático. También respondió el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Sus síntomas de depresión y ansiedad en la etapa anterior al tratamiento se ubicaron en el rango severo. Tom recibió retroalimentación acerca de los resultados de su evaluación en una sesión enfocada en la reseña de dichos resultados y en obtener su consentimiento informado para un curso de terapia de procesamiento cognitivo. Después de darle retroalimentación sobre su evaluación, la terapeuta le hizo un resumen de la terapia de procesamiento cognitivo con énfasis en su naturaleza enfocada en el trauma, la expectativa de adhesión a la práctica fuera de las sesiones y el papel activo del cliente en la recuperación. Tom firmó un "Contrato de tratamiento con la terapia de procesamiento cognitivo" que detallaba esta información y se le proporcionó una copia de dicho contrato para sus registros. El protocolo de la terapia de procesamiento cognitivo empezó la siguiente sesión.

Sesión 1

Tom llegó 15 minutos antes de la primera cita programada de la terapia de procesamiento cognitivo. Se sentó en la silla que la terapeuta le indicó, pero de inmediato se mostró inquieto y cambiaba de posición frecuentemente. Pronto pidió cambiarse a otra silla de la habitación, de modo que la puerta no quedara a sus espaldas y su mirada pudiese vigilar puerta y ventana. Preguntó a la terapeuta cuánto tiempo duraría la sesión y si tendría que "sentir algo". La terapeuta respondió que la sesión duraría entre 50 y 60 minutos y que, en comparación con otras sesiones futuras, sólo hablarían; añadió que, tal como habían comentado durante la sesión en que revisaron el contrato del tratamiento, se enfocarían en los sentimientos de Tom en reacción al hecho traumático, pero que en esta sesión les prestarían poca atención. La terapeuta también explicó que tendría en el regazo el manual del tratamiento y que durante la sesión haría referencia a él para asegurarse de que la

psicoterapia procedía según lo prescrito. Alentó a Tom a plantear cualquier duda que pudiera tener conforme se desarrollara la sesión.

La terapeuta explicó que al inicio de cada sesión desarrollarían una agenda para la misma. Los propósitos de la primera sesión serían: (1) describir los síntomas del trastorno por estrés postraumático; (2) proporcionar un marco de referencia que le permitieran entender por qué no habían remitido esos síntomas; (3) presentarle un resumen del tratamiento que lo ayudara a entender por qué eran importantes la práctica fuera de la sesión y la asistencia a la terapia para generar cooperación y explicar la naturaleza progresiva de la terapia; (4) establecer rapport entre Tom y la terapeuta; y (5) darle la oportunidad de hablar brevemente acerca del hecho traumático más perturbador o de otras cuestiones.

La terapeuta procedió luego a proporcionar información didáctica acerca de los síntomas del trastorno por estrés postraumático. Le pidió a Tom que ofreciera ejemplos de los distintos grupos de síntomas del trastorno que había estado experimentando, haciendo énfasis en la relación de los síntomas de reexperimentación con los síntomas de hiperactivación, y la manera en que estos últimos provocan el deseo de evitar o de quedar insensible. Se examinó también el efecto paradójico de la evitación y la insensibilización en el mantenimiento, o incluso el aumento, de los síntomas del trastorno por estrés postraumático. Tom dijo que esa era la primera vez que alguien le explicaba de ese modo los síntomas del trastorno, poniéndolos "en movimiento" al describir su interacción.

La terapeuta hizo una descripción de las secuelas del trauma dentro del marco del procesamiento de información. Describió en términos sencillos la forma en que los traumas pueden ser acontecimientos que discrepan de los esquemas; es común que los sucesos traumáticos no coincidan con las creencias previas acerca de uno mismo, los demás o el mundo. Es posible que la persona modifique su percepción del hecho para incorporarlo en la memoria (es decir, que lo asimile en un sistema de creencias existente). Algunos ejemplos de asimilación incluyen recordar el hecho y creer que debería haberse dado algún otro curso de acción ("deshacer" el suceso) o culparse por lo ocurrido. La terapeuta explicó que Tom también podría haber tratado de cambiar radicalmente su sistema anterior de creencias para sobreacomodar el hecho a sus creencias anteriores. Se describió la "sobreacomodación" como un cambio radical en las creencias como resultado del suceso traumático (p. ej., "No puedo confiar en mi para nada"). Explicó que varias áreas de las creencias suelen verse afectadas por el trauma, incluyendo la seguridad, confianza, poder o control, estima e intimidad; y añadió que esas creencias podían relacionarse con uno mismo o con los demás. La terapeuta también señaló que si antes del hecho traumático Tom tenía creencias negativas relacionadas con cualquiera de esos temas, el suceso podría fortalecer esas creencias negativas preexistentes.

En este punto Tom describió las experiencias que tuvo en su niñez y adolescencia y la forma en que habían contribuido a sus creencias sobre el trauma antes de ingresar al ejército. La terapeuta advirtió que Tom tendía a culparse y a interiorizar las cosas malas que habían ocurrido en su familia y el suicidio de su amigo. También advirtió su

comentario “Me pregunto si mi padre bebía para poder lidiar conmigo y con mis hermanos”. En el caso de Tom, parecía probable que la experiencia traumática hubiese contribuido a confirmar sus creencias preexistentes de que él había causado o coadyuvado a que sucedieran cosas terribles a su alrededor.

Tom dedicó luego cierto tiempo a describir el drástico cambio que ocurrió después de su trauma en el ejército. Tom dijo que antes de sus experiencias militares y, específicamente, de haber disparado a la mujer y la niña, se sentía “orgulloso de ser soldado y de haberse tranquilizado”. Dijo que la estructura militar lo había ayudado a desarrollar disciplina y a mejorar su autoestima. Señaló que se sentía bien con “la misión de acabar con el terrorismo” y que se sentía satisfecho de servir a su país. Sentía camaradería con sus compañeros y consideraba la posibilidad de hacer una carrera en el ejército. Negó tener problemas con la autoridad y de hecho creía que sus comandantes habían sido modelos del tipo de líder que deseaba ser. Antes de ser movilizado a Irak, Tom conoció a la mujer con la que se casó y parecían tener una relación íntima estable. Tom dijo que luego de su regreso de Irak no confiaba en nadie, en especial en nadie que estuviera asociado con el gobierno de EUA. Expresó su desilusión con el esfuerzo bélico y su desconfianza en los individuos que comandaban su unidad. También dijo que desconfiaba de sí mismo: “A la hora de la verdad, siempre tomo malas decisiones”. Comentó que se sentía totalmente inseguro en su entorno. En el periodo inmediatamente posterior a que fue desmovilizado, por momentos había creído que en los terrenos de la base había francotiradores que lo tenían en la mira para matarlo. Dijo que apenas toleraba la cercanía con su esposa, incluyendo el contacto sexual entre ellos.

La terapeuta introdujo la noción de “puntos de estancamiento” o maneras de entender el trauma o de pensar en sí mismo, en los demás y el mundo que interferían con su recuperación de los hechos traumáticos. Explicó que muchos individuos están expuestos al trauma y que, de hecho, dicha exposición suele ser más común entre los militares, aunque la mayoría se recupera de ella. En consecuencia, una meta importante de la terapia era dilucidar qué había impedido la recuperación de Tom (es decir, entender la forma en que su pensamiento lo había llevado a quedar “empantanado”, lo que dio lugar al mantenimiento de sus síntomas del trastorno por estrés postraumático).

La terapeuta pidió luego a Tom que durante cinco minutos hiciera un relato del suceso traumático. Tom respondió de inmediato, “Había tantas cosas malas, ¿cómo podría elegir una?” La terapeuta preguntó, “¿De cuál de esos sucesos tiene más pensamientos o imágenes? ¿En cuál de esos hechos le disgusta más pensar?” Le indicó que no era necesario ofrecer una descripción detallada del hecho, sino un breve resumen de lo que había sucedido. Tom hizo un rápido relato del tiroteo de la mujer y la niña. La terapeuta lo elogió por compartir la información con ella y le preguntó cómo se sentía al respecto. Tom dijo sentirse ansioso y que quería que la sesión terminara. La terapeuta aprovechó esta oportunidad para describir la diferencia entre las emociones “naturales” y las “fabricadas”.

La terapeuta describió primero las emociones “naturales” como los sentimientos que son reacciones proporcionales a las experiencias ocurridas.

Por ejemplo, si se percibe que alguien nos ha engañado, es natural sentir enojo. Si encontramos una situación amenazante, es natural sentir miedo. Las emociones naturales tienen un curso autolimitado y decreciente; dichas emociones se disiparán si nos permitimos sentirlas. Para ilustrar ese concepto la terapeuta usó la analogía de la energía contenida en una botella de gaseosa. Si se quita la tapa de la botella, al principio la presión sale con cierta fuerza, pero esa fuerza disminuye y al final no hay energía disponible. Por otro lado, existen emociones "fabricadas" en cuya elaboración participa la persona. Nuestros pensamientos contribuyen a la naturaleza y curso de esas emociones. Entre más las "alimentamos" con nuestras afirmaciones, más aumenta su "presión". Por ejemplo, si una persona se dice una y otra vez que es estúpida y se acuerda de más y más situaciones en que percibió que había cometido errores, es probable que cada vez sienta más enojo consigo misma. La terapeuta reiteró que las metas de la terapia eran (1) permitir que Tom sintiera las emociones naturales que había "atiborrado" y que le impedían recuperarse del trauma; y (2) averiguar cómo estaba fabricando las emociones que le eran de poca ayuda.

La terapeuta resumió para Tom las tres metas principales de la terapia: (1) recordar y aceptar lo que le sucedió y no evitar esos recuerdos ni las emociones asociadas; (2) permitirse sentir sus emociones naturales y dejar que siguieran su curso, de modo que el recuerdo pudiera ser guardado sin llevar prendidos esos sentimientos tan intensos; y (3) equilibrar las creencias que habían sido alteradas o reforzadas de modo que dejara de fabricar emociones poco útiles.

La terapeuta habló con firmeza de la importancia de la adhesión a la práctica fuera de las sesiones antes de asignar a Tom la primera tarea de práctica. Le dijo que al parecer no existía mejor predictor de la respuesta al tratamiento que el esfuerzo que invirtiera el paciente en él. Señaló que de las 168 horas de la semana Tom pasaría una o dos horas en sesiones de psicoterapia (*Nota:* se ha encontrado que es útil realizar sesiones dos veces por semana, por lo menos en la parte inicial de la terapia, para facilitar la formación del rapport, superar la evitación y aprovechar las ganancias iniciales). Si Tom sólo prestaba atención a esos temas durante el tiempo de la terapia, estaría dedicando a su recuperación menos de 1% de su semana. Para mejorar, tendría que usar cada día las hojas de trabajo y otras tareas de escritura para fomentar las habilidades necesarias para su vida diaria y disminuir su evitación. La terapeuta señaló también que al inicio de cada sesión revisarían las tareas realizadas; le preguntó si esto tenía sentido, a lo que él respondió, "Seguro, tiene sentido que te deshagas de lo que tú mismo sembraste".

La primera tarea fue escribir una declaración de impacto sobre el significado del suceso para determinar cómo había entendido el hecho traumático y para ayudarlo a identificar qué asimilación, acomodación y sobreacomodación habían ocurrido desde el suceso. Esta primera tarea permite identificar los puntos de estancamiento que impiden la recuperación. Se le pidió que empezara a escribir la tarea ese mismo día para abordar directamente cualquier evitación relacionada con la realización de la tarea. Se le recordó específicamente que **no** se trataba de hacer un relato del trauma (eso vendría después) y que la tarea se había diseñado específicamente para conocer el significado que el suceso

tenía en su vida y el impacto que había tenido en sus sistemas de creencias.

La tarea específica fue la siguiente:

> Por favor, escriba por lo menos una página sobre lo que significa para usted que haya ocurrido esta experiencia traumática. Considere los efectos que el suceso ha tenido en lo que cree acerca de sí mismo, lo que cree acerca de otros y lo que cree sobre el mundo. Mientras escribe su respuesta considere también los siguientes temas: seguridad, confianza, poder o competencia, estima e intimidad. Traiga consigo este escrito la siguiente sesión.

Sesión 2

Los propósitos de la segunda sesión son: (1) analizar el significado del suceso y, (2) ayudar a Tom a empezar a reconocer los pensamientos, etiquetar las emociones y ver la conexión entre lo que se dice a sí mismo y lo que siente. Tom llegó evidentemente molesto y durante toda la sesión estuvo a la defensiva. Dijo que toda la semana se sintió muy enojado y que estaba "asqueado" de la sociedad y en particular de los políticos, quienes eran "todos unos interesados o complacientes con quienes tenían dinero". Expresó mucho enojo por los reportes de supuesta tortura a los prisioneros de Abu Ghraib, que fue una de las noticias más importantes durante su terapia. Aunque la terapeuta se interesó en el pensamiento detrás del enojo de Tom por los eventos en Abu Ghraib, se ocupó primero de revisar la tarea de Tom (escribir la primera declaración de impacto) para reforzar el hecho de que había completado el trabajo y mantener la estructura de la sesión que habían bosquejado en la primera sesión.

La terapeuta le pidió que leyera en voz alta su declaración de impacto. En la terapia individual de procesamiento cognitivo siempre se pide a los clientes que lean en voz alta las tareas asignadas. Si la leyese el terapeuta, el cliente podría disociar o evitar de alguna otra forma sus reacciones al material. Tom había escrito:

> La razón del porqué sucedió ese hecho traumático es que fui un maldito estúpido y tomé una mala decisión. Maté a una familia inocente sin pensarlo. Asesiné a la esposa y a la hija de un hombre. No puedo creer que lo hiciera. Le quité la vida a la esposa y a la hija de ese hombre y, oh sí, también arrebaté la vida de su hijo no nacido. Siento que no merezco vivir, mucho menos tener una esposa y un hijo. ¿Por qué tendría que ser feliz cuando ese hombre quedó sumido en la desesperación y cuando murieron esa mujer inocente, su hija y su bebé no nacido? Ahora bien, me siento completamente inseguro. No me siento seguro ni siquiera aquí o en los terrenos del hospital, mucho menos en la ciudad o de regreso a casa con mi familia. Siento que alguien me mira y que va a disparar contra mí y contra mi familia porque los terroristas fueron informados del hecho y comunicaron dicha información. Tampoco creo que la gente a mi alrededor esté segura. Creo que podría explotar y lastimar a alguien, incluso, Dios no lo quiera, a mi propia familia. Realmente me preocupa llegar a lastimar a mi esposa embarazada. No confío en nadie de quienes me rodean, en especial en el gobierno. Ni

siquiera confío en el trato que me da el ejército. No confío ni siquiera en mi mismo. Esa vez tomé una mala decisión, ¿quién puede asegurar que no lo haré de nuevo? En lo que toca al poder y el control, me siento absolutamente sin control sobre mí, y siento que el ejército y mi comandante tienen absoluto control sobre mi persona. Mi autoestima está en el piso. ¿Por qué no con todas las cosas horribles que hice? No creo que haya muchas cosas positivas que haya hecho con mi vida y a la hora de la verdad siempre fallo y decepciono a los demás. No estoy seguro de qué es eso de la estima de otros, pero me gusta mi esposa. De hecho, no creo que ella merezca tener que lidiar conmigo y considero que estaría mejor si yo no estuviera cerca. No quiero estar cerca de mi esposa, o para el caso, de nadie. Cuando ella me toca me hace desear que la tierra me devore. Siento que nunca voy a superarlo. No se suponía que las cosas fueran así.

La terapeuta preguntó a Tom cómo había sido escribir y luego leer en voz alta la declaración de impacto. Tom respondió que había sido muy difícil y que había evitado la tarea hasta la tarde anterior a la sesión de psicoterapia. La terapeuta lo reforzó de inmediato por su esfuerzo. También aprovechó la oportunidad para abordar poco a poco el papel de la evitación en el mantenimiento de los síntomas del trastorno por estrés postraumático. Hizo preguntas socráticas específicas que pretendían esclarecer el malestar asociado con la ansiedad anticipatoria, y junto con Tom se preguntó en voz alta qué habría pasado si hubiera realizado antes la tarea. También planteó preguntas socráticas dirigidas a destacar el hecho de que Tom se sentía mejor, no peor, después de realizar la tarea.

La primera declaración de impacto de Tom y la información que compartió en la primera sesión hicieron evidentes los puntos de estancamiento que tendrían que ser cuestionados. En la terapia de procesamiento cognitivo se da prioridad a las áreas de asimilación como primeros objetivos del tratamiento. Esto es así porque los cambios en la interpretación del suceso se relacionan integralmente con las otras creencias más generalizadas que están involucradas en la sobreacomodación. En el caso de Tom, él había asimilado el suceso culpándose del hecho. Utilizó el término "asesino" para describir su papel, ignorando los importantes factores contextuales que rodearon al hecho. La prioridad era cuestionar esas creencias. La sobreacomodación de Tom se hizo evidente en la desconfianza general hacia la sociedad y las figuras de autoridad así como en su creencia de que tomaría malas decisiones en situaciones difíciles. Su sobreacomodación también resultó evidente en su sensación de amenaza en el ambiente (p. ej., francotiradores), la dificultad para establecer intimidad emocional y física con su esposa, y la baja estima hacia otros y hacia sí mismo.

La terapeuta regresó al enojo de Tom sobre Abu Ghraib para tener una mejor idea de los posibles puntos de estancamiento y para experimentar con su nivel de rigidez cognitiva o su apertura al cuestionamiento cognitivo. Se dio el siguiente intercambio entre Tom y la terapeuta:

TERAPEUTA: Antes mencionó que se sentía enojado por los reportes sobre Abu Ghraib. ¿Puede decirme qué es lo que lo enoja?

TOM: No puedo creer que le hicieran eso a los prisioneros.

TERAPEUTA: ¿Específicamente qué le molesta sobre Abu Ghraib?

TOM: ¿No ha escuchado los reportes? No puedo creer que los hayan humillado y lastimado de esa forma. Una vez más, el uso de la fuerza del ejército de EUA es inaceptable.

TERAPEUTA: ¿Usted cree que fue inaceptable el uso de la fuerza que usted hizo como miembro del ejército de EUA?

TOM: Sí. Yo asesiné a civiles inocentes. No soy diferente de los militares en Abu Ghraib. De hecho, soy peor porque yo los asesiné.

TERAPEUTA: "Asesino". Es una palabra fuerte.

TOM: ¿Sí?

TERAPEUTA: A partir de lo que me ha contado, parece que usted mató a personas que podrían o no haber sido "inocentes". Su tiroteo ocurrió en un lugar y momentos muy específicos y en ciertas circunstancias.

TOM: Sí, ellos murieron en mis manos.

TERAPEUTA: En efecto, murieron y al parecer eso se debió, al menos en parte, a sus disparos. ¿Eso lo convierte en un asesino?

TOM: Murieron personas inocentes y yo jalé el gatillo. Yo los asesiné. Eso es peor que lo que sucedió en Abu Ghraib.

TERAPEUTA: *(En voz baja)* ¿De verdad piensa que es peor?

TOM: Sí, en un caso murieron personas y en el otro no. Ambos son malos y ambos fueron causados por soldados, pero yo asesiné a personas y ellos no.

TERAPEUTA: Los resultados fueron distintos, eso es verdad. Me pregunto si usted cree que importa **cómo** ocurrieron.

TOM: ¿Cómo?

TERAPEUTA: ¿Importan las intenciones de los soldados en esas situaciones, independientemente del resultado?

TOM: No. En resumidas cuentas se trata de matar contra no matar.

TERAPEUTA: (*al darse cuenta de que la flexibilidad en este punto era mínima*) Estoy de acuerdo en que nada cambia el hecho de que la mujer y la niña murieron, y que sus disparos tuvieron algo que ver con ello. Sin embargo, creo que estaría ligeramente en desacuerdo con usted sobre el uso de la palabra "asesino". Es claro que le ha costado mucho trabajo aceptar sus muertes y que está intentando entenderlas. El sentido que parece haberles dado es que usted es un "asesino". Creo que éste es un buen ejemplo de uno de esos puntos de obstrucción que le han impedido recuperarse de ese hecho

traumático. Definitivamente vamos a dedicar más tiempo a entender el papel que jugó en esas muertes.

Además de poner a prueba la flexibilidad cognitiva de Tom, la terapeuta también quería plantar las semillas de una interpretación diferente del suceso. Tuvo el cuidado de no presionar demasiado y se retiró cuando se dejó claro que Tom no estaba abierto a una interpretación alternativa en este punto de la terapia. Él estaba ya a la defensiva y algo molesto y ella no quería exacerbar su actitud defensiva o contribuir a que abandonara la terapia.

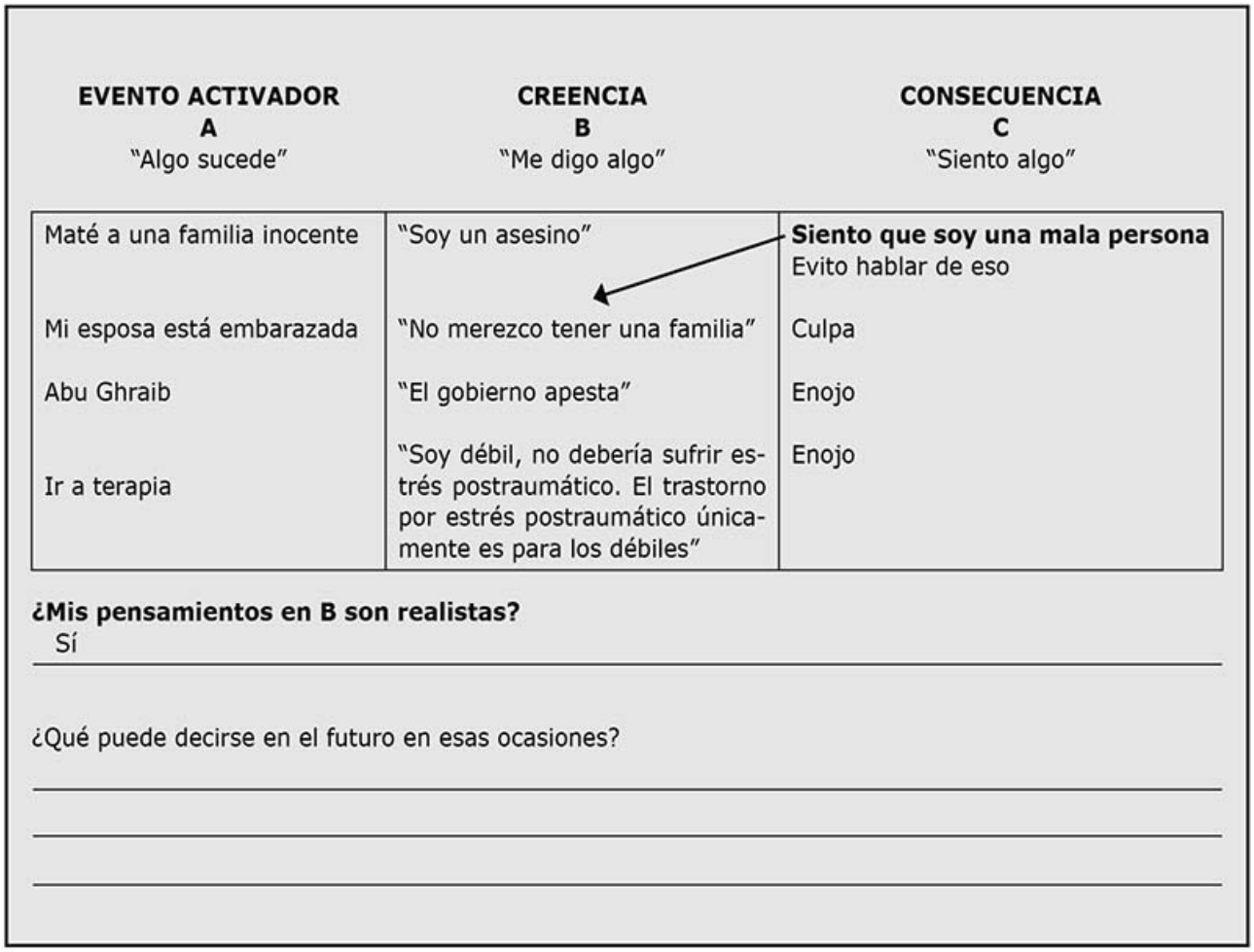
A partir de este punto, la terapeuta describió la importancia de poder etiquetar emociones y de empezar a identificar lo que Tom se decía a sí mismo. Examinaron juntos la manera en que diferentes interpretaciones de los hechos pueden dar lugar a reacciones emocionales muy distintas. Generaron varios ejemplos de la forma en que los cambios en los pensamientos producen sentimientos distintos. La terapeuta le recordó que algunas interpretaciones y reacciones son consecuencia natural de las situaciones y no es necesario modificarlas. Por ejemplo, Tom dijo que la muerte de la familia lo había entristecido, una declaración que no fue cuestionada por la terapeuta, quien lo alentó a sentir esa tristeza y a dejar que siguiera su curso. Él reconoció que había perdido algo y que era perfectamente natural sentirse triste como consecuencia. En este punto Tom dijo "No me gusta sentirme triste. De hecho, no me gusta sentir nada. Temo que eso me volverá loco". La terapeuta cuestionó con suavidad esa creencia. "¿Alguna vez se ha permitido sentirse triste?" Tom respondió que se había esforzado mucho en evitar todos y cada uno de los sentimientos. La terapeuta lo alentó, "Bueno, dado que no tiene mucha experiencia con sus sentimientos, no **sabemos** si experimentarlos lo volverá loco, ¿verdad?" También le preguntó si alguna vez en su vida había sabido de alguien que se sintiera triste y no se volviera loco. Tom se rio. La terapeuta agregó, "Hasta ahora no le ha funcionado evitar sus sentimientos. Ésta es su oportunidad de experimentar los sentimientos muy naturales sobre el suceso traumático para ver si eso puede ayudarlo a recuperarse de lo ocurrido".

Tom recibió una serie de Hojas A-B-C con la tarea de empezar a identificar lo que se decía a sí mismo y las emociones resultantes. Se le pidió que en la columna A, con el encabezado de "Algo sucede", escribiera un hecho. En la columna central B, "Me digo a mí mismo", debía registrar lo que pensaba sobre el hecho; y en la columna C, "Siento y, o hago algo", debía anotar sus respuestas conductuales y emocionales al hecho. La terapeuta señaló que si uno se dice algo a menudo, eso se vuelve automático. Después de un tiempo, no es necesario que el pensamiento sea consciente y uno va directo al sentimiento. Es importante detenerse y reconocer los pensamientos automáticos para decidir si tienen sentido o si deben ser cuestionados y modificados.

Sesión 3

En cuanto llegó, Tom entregó su tarea a la terapeuta, quien revisó las Hojas A-B-C individuales que Tom había llenado y destacó que había hecho un buen trabajo al

identificar sus sentimientos y reconocer sus pensamientos. En la figura 2-1 se muestra parte de este trabajo.



EVENTO ACTIVADOR A "Algo sucede"	**CREENCIA B** "Me digo algo"	**CONSECUENCIA C** "Siento algo"
Maté a una familia inocente	"Soy un asesino"	**Siento que soy una mala persona** Evito hablar de eso
Mi esposa está embarazada	"No merezco tener una familia"	Culpa
Abu Ghraib	"El gobierno apesta"	Enojo
Ir a terapia	"Soy débil, no debería sufrir estrés postraumático. El trastorno por estrés postraumático únicamente es para los débiles"	Enojo

¿Mis pensamientos en B son realistas?
Sí

¿Qué puede decirse en el futuro en esas ocasiones?

Figura 2-1. Hoja A-B-C.

El propósito de revisar ese trabajo en este punto de la terapia es identificar pensamientos y sentimientos, no cuestionar el contenido de esos pensamientos. La terapeuta hizo una pequeña corrección de la identificación que hizo Tom del pensamiento "Siento que soy una mala persona" (en negritas en la figura 2-1) como sentimiento. Comentó que los sentimientos casi siempre se expresan en una palabra y que uno siente en "las vísceras", por lo que agregar la raíz "Siento…" no necesariamente convierte a lo que se expresa en un sentimiento. La terapeuta advirtió el patrón de pensamientos que Tom tendía a registrar (es decir, interiorización y culpa), así como las emociones características que reportaba.

La terapeuta notó los temas de asimilación que surgieron de nuevo (es decir, culpa) y eligió enfocarse en cuestionar de manera moderada de esos pensamientos relacionados. Específicamente decidió concentrarse en los pensamientos y sentimientos de Tom relacionados con el embarazo de su esposa, que en última instancia parecían relacionarse

con la asimilación del suceso traumático.

TERAPEUTA: ¿Cree que no merece tener una familia? ¿Puede decir algo más al respecto?

TOM: ¿Por qué debería tener yo una familia cuando eliminé a la familia de alguien más?

TERAPEUTA: Muy bien, parece que eso se relaciona con el primer pensamiento que anotó en la Hoja A-B-C acerca de ser un asesino ¿Cómo se siente cuando se dice "eliminé a la familia de alguien más?"

TOM: Me siento mal.

TERAPEUTA: Veamos si podemos ser un poco más precisos. ¿Qué tipo de maldad siente? ¿Recuerda lo que hablamos acerca de los colores primarios de la emoción? ¿Cuál de esos siente?

TOM: Me siento muy enojado conmigo por haber hecho lo que hice.

TERAPEUTA: Muy bien. Anotemos eso -enojo consigo mismo-. Entonces, dígame, ¿otras personas a quienes le ha hablado de esta situación o que estaban presentes en ese momento creen que estuvo mal lo que hizo?

TOM: No, pero no fueron ellos quienes lo hicieron y no se interesan como yo por la gente de Irak.

TERAPEUTA: Mmm… Eso me hace pensar en algo. Tom, en la zona de combate en la que estuvo involucrado en Irak ¿qué tan fácil era identificar a quién le estaba disparando?

TOM: No siempre era sencillo. Había muchísimos insurgentes que no se distinguían de la gente común.

TERAPEUTA: ¿Parecían civiles? ¿Civiles inocentes? (*hace una pausa*).

TOM: Ya veo a donde va. Aún así creo que estuvo mal porque ellos murieron.

TERAPEUTA: Le creo cuando dice que **siente** de esa manera. Sin embargo, que uno sienta algo no necesariamente significa que eso tiene fundamento en los hechos o en la verdad. Vamos a trabajar juntos para ver si el sentimiento de culpa o maldad tiene sentido cuando examinemos con cuidado la situación.

Como la meta es que Tom cuestione y desmantele sus propias creencias, la terapeuta indagó y sembró las semillas de interpretaciones alternativas del suceso traumático, pero no llevó el asunto demasiado lejos. Aunque Tom se alejó un poco de su postura extrema dentro de la sesión, la terapeuta no esperaba grandes cambios. Se concentró principalmente en ayudarlo a hacer las conexiones entre pensamientos, sentimientos y conductas, y en el desarrollo de una relación de colaboración que permitiera el éxito de las intervenciones cognitivas.

La terapeuta elogió a Tom por su capacidad de reconocer y etiquetar pensamientos y sentimientos, y dijo que deseaba que les prestara atención en la siguiente tarea, que

consistía en escribir sobre el suceso traumático. Se le asignó la tarea de escribir un relato detallado del suceso en el que debía incorporar tantos detalles sensoriales como pudiera. También se le indicó que incluyera lo que pensaba y sentía durante el suceso. Se le pidió que empezara la tarea tan pronto como le fuera posible, de preferencia ese día, y que eligiera un momento y lugar en que tuviera privacidad y donde pudiera permitirse experimentar sus emociones naturales. Se le indicó que trazara una línea en cualquier punto en que se hubiera visto obligado a dejar de escribir su relato del hecho. (El lugar en que el cliente se detiene suele ser donde se ubica el punto de estancamiento del hecho, donde el cliente deja de luchar, en donde ocurre algo particularmente atroz, entre otros). También se le solicitó que cada día leyera para sí el relato hasta la siguiente sesión. La terapeuta pronosticó que Tom desearía evitar la tarea de escribir la descripción del suceso y de postergarla tanto como pudiera. Le preguntó por qué creía que era importante que hiciera la tarea y que la empezara tan pronto como fuese posible. Ésta es una técnica para identificar en qué medida podía Tom relatar la lógica de la terapia y fortalecer la resolución y superar la evitación. Tom respondió que necesitaba dejar de evitar o que seguiría asustado de su recuerdo. La terapeuta añadió que la tarea pretendía ayudarlo a recuperar todo su recuerdo, a sentir las emociones al respecto y que empezara a trabajar con la terapeuta en la localización de los puntos de estancamiento. También lo tranquilizó diciéndole que si bien eso sería difícil por un lapso relativamente breve, no seguiría siendo tan intenso y que pronto habría terminado la parte más difícil de la terapia.

Sesión 4

Durante la parte de instalación de la sesión, Tom indicó que había escrito el relato del suceso la noche anterior, aunque cada día había pensado, y temido, en la tarea. Admitió que lo había evitado por su ansiedad. La terapeuta le pidió que le leyera el relato en voz alta. Antes de empezar, Tom preguntó por qué era importante que la leyera en la sesión. La terapeuta le recordó lo que habían hablado al respecto en la sesión anterior, y agregó que la acción de leer el relato en voz alta le permitiría tener acceso al recuerdo completo y a sus sentimientos sobre el mismo. Tom leyó rápidamente y sin gran sentimiento lo que había escrito, como si se tratara de un reporte policiaco:

> Varios de nosotros habíamos sido designados para vigilar un puesto de control al sur de Bagdad. Estábamos ahí porque los insurgentes empezaban a adueñarse de esa área y a nosotros nos tocaba protegerla. A mí me ubicaron en la parte superior del puesto de control. Había anochecido. Había sido un día bastante rutinario, con gente que pasaba por el puesto de control como si pasara por una caseta de peaje. A lo lejos advertí un pequeño carro oscuro que circulaba más rápido que el resto de los vehículos. Puedo decir que iba más rápido por la nube de arena que iba dejando atrás. Los hombres que estaban afuera del puesto de control le advirtieron con señas que disminuyera la velocidad, pero no lo hizo. Alguien disparó al aire como advertencia, pero el carro siguió avanzando. Yo podía ver dos cabezas en el auto que se aproximaba. Nos habían dicho que disparáramos a cualquier vehículo que se acercara a unas 25 yardas del

portón para proteger a quienes estuvieran alrededor y en el área más allá del portón. El carro siguió avanzando. Yo disparé un puñado de rondas.

Por lo menos otra persona disparó también. Después de eso hubo un gran caos. Recuerdo haber sentido el arma en mi mano mientras estaba de pie. Recuerdo también que después de un momento mis piernas me llevaron al carro. En realidad no recuerdo cómo llegué ahí, pero lo hice.

Varios hombres habían rodeado el vehículo y un hombre salió de él. El hombre lloraba. No, sollozaba. Hablaba muy rápido mientras lloraba. Giró hacia el carro resistiendo a los hombres que intentaban sacarlo de la escena. Yo di vuelta para ver lo que el hombre miraba y los vi por primera vez. Vi a la mujer primero.

Había sangre por todos lados y tenía disparos en su rostro. Luego vi a la niñita desplomada en el asiento trasero, sosteniendo una muñeca. También ahí todo estaba lleno de sangre. Vi los tiros que atravesaron el carro. Volví a ver a la mujer, pero evité mirar su rostro. Vi una protuberancia debajo de su vestido. Estaba embarazada.

Después de eso no recuerdo gran cosa. Sé que regresé al campamento y que me desmoroné. Me sacaron del servicio por un par de días, pero al final me enviaron de regreso a la Base de Operaciones de Avanzada porque me había convertido en un desastre.

Después de leer el relato Tom lo colocó rápidamente en su carpeta de materiales y la cerró, como para indicar que estaba listo para avanzar a otra cosa. La terapeuta le preguntó lo que sentía y el respondió que "nada". La terapeuta continuó diciendo "¿Nada en absoluto?" Tom admitió con renuencia que se sentía ansioso. La terapeuta le pidió luego que leyera de nuevo el relato, pero esta vez de forma más lenta y que se permitiera experimentar las emociones que había sentido en el momento del hecho.

Después de leer el relato por segunda vez, la terapeuta trató de localizar los detalles del hecho que Tom había "tratado por encima" y enfocarse en los aspectos al parecer más difíciles de la situación.

TERAPEUTA: ¿Qué parte de lo que me leyó fue la más difícil?

TOM: Todo es difícil. La situación entera es horrible.

TERAPEUTA: pero ¿qué parte es la peor?

TOM: Supongo que lo peor fue ver a la niñita en el asiento trasero del carro.

TERAPEUTA: ¿Cómo lucía cuando la vio?
(*Tom describe su recuerdo de la niña cuando llegó al carro*).

TERAPEUTA: ¿Qué está sintiendo justo ahora?

TOM: Me siento mal del estómago. Siento lo mismo que en esa ocasión, que quiero vomitar. También me siento asqueado y triste. Maté a una criatura inocente. Hay tantas cosas que pude haber hecho de manera diferente para no quitarle la vida.

(*La terapeuta advierte el proceso de asimilación en el uso que hace su paciente del*

sesgo retrospectivo. Almacena esta información para una referencia futura porque quiere asegurarse de que Tom está sintiendo con fuerza tantas emociones naturales como le sea posible acerca del suceso traumático).

TERAPEUTA: Continúe sintiendo esos sentimientos. No se aleje de ellos. ¿Hay alguna otra cosa que esté sintiendo?

TOM: Me siento culpable y enojado conmigo mismo.

TERAPEUTA: ¿En aquel momento se sentía culpable y enojado consigo mismo?

TOM: No, estaba horrorizado.

TERAPEUTA: Muy bien, vamos a quedarnos con ese sentimiento.

TOM: (*Hace una pausa)* Ya no quiero sentir eso.

TERAPEUTA: Yo sé que ya no quiere sentirlo. Está haciendo un gran trabajo al no evitar aquí sus sentimientos. Para no sentirlo por mucho tiempo es necesario que experimente esos sentimientos absolutamente naturales. Deje que sigan su curso. Van a disminuir si permanece con ellos.

Después de un lapso en que Tom experimentó los sentimientos relacionados con la situación y permitió que se disiparan, siguió una discusión sobre lo doloroso que le resultaba escuchar la reacción de otra gente a la guerra. Expresó sentirse frustrado con la administración presidencial y su política hacia la guerra. La terapeuta reorientó suavemente la discusión más filosófica de Tom sobre la política internacional a los efectos que tuvo el trauma en él. Tom le contó luego que había compartido su experiencia traumática con un amigo de la preparatoria y que sintió que esa persona había tenido una reacción negativa hacia él. Creyó que su amigo lo juzgaba y no lo apoyaba. A partir de esa experiencia Tom se abstuvo de contar a otros su experiencia en el combate. Mediante el cuestionamiento socrático la terapeuta le preguntó si podría existir alguna razón, fuera de sus acciones, por las que alguien podría tener una reacción negativa al escuchar del tiroteo. Gracias a este intercambio Tom pudo reconocer que cuando los demás escuchaban acerca de sucesos traumáticos también trataban de entender esas experiencias a la luz de sus sistemas de creencias. En otras palabras, quienes lo rodeaban podían ser presas de la creencia del "mundo justo" de que las cosas malas sólo le suceden a la gente mala. También podían no tomar en cuenta el contexto completo en que Tom disparó a los pasajeros del carro. Este reconocimiento logró que Tom se sintiera menos enojado con su amigo por el juicio percibido.

También se mostró más dispuesto a admitir que su interpretación de la reacción de su amigo podría haber sido sesgada por el juicio que él hacía de sí mismo. De hecho, más adelante en la terapia, cuando Tom pudo hablar directamente con su amigo acerca de la reacción que percibió, el amigo le dijo que había sido difícil escucharlo, pero que de ninguna manera lo había juzgado. En realidad había pensado en el terrible predicamento que Tom había soportado en aquel momento.

La terapeuta preguntó a Tom qué puntos de obstrucción había identificado al escribir y leer el relato. Luego se dio el siguiente diálogo:

TOM: No estoy seguro de qué son los puntos de estancamiento, pero a partir de lo que me ha estado preguntando, supongo que me pregunta si asesiné o no a esa familia.

TERAPEUTA: Es verdad. Me parece que vale la pena que examinemos las diferencias entre culpa y responsabilidad. Empecemos con responsabilidad. A partir de su relato, parecería que usted fue *responsable* del tiroteo a la familia y, dado que no fue usted el único en disparar, parecería que otras personas fueron también responsables.

(*La terapeuta almacena este hecho en su mente para cuestionar luego a Tom sobre la pertinencia de sus acciones. Esto ofrece también una buena oportunidad para reforzar a Tom por desempeñarse bien en una situación estresante*).

La conclusión es que la responsabilidad se refiere a que su conducta ocasione cierto resultado. La *culpa* tiene que ver con su intención de causar daño. Tiene que ver con sus motivaciones en el momento. En este caso, ¿llegó usted a esa situación con la motivación y la intención de matar a una familia?

TOM: No, pero el resultado fue que resultaron asesinados.

TERAPEUTA: Algunos *murieron*. A partir de lo que compartió, si regresáramos a lo que sucedía en ese momento, usted no tenía la intención de que murieran. Ellos venían por el camino demasiado rápido, no respondieron a los muy claros esfuerzos por advertirles que debían detenerse. Su intención y la de los demás era que se detuvieran en el puesto de control. Su intención en ese momento no parece haber sido matarlos. De hecho, ¿no intentaba lograr lo contrario?

TOM: Sí. (*Empieza a llorar*)

TERAPEUTA: (*Hace una pausa hasta que el llanto de Tom disminuye un poco)*. No parece que su intención haya sido *matarlos*, por lo que no es apropiada la palabra "culpa". En esta situación no es preciso hablar de asesinato o que se considere un asesino. La razón por la que todo este tiempo he cuestionado el término "asesinato" o "asesino" es que no me parece que su intención fuera dispararles.

TOM: ¿Por qué siento entonces que soy culpable?

TERAPEUTA: Esa es una buena pregunta, ¿a qué cree que se debe?

TOM: *(Llorando todavía).* Si una persona muere alguien debería hacerse responsable.

TERAPEUTA: ¿Cree que sea posible asumir la responsabilidad sin tener que sentirse culpable? ¿Cuál sería la palabra que describa mejor una situación que es su responsabilidad pero que no pretendía que sucediera? Si una persona le dispara a alguien pero no tenía la intención de hacerlo ¿cómo deberíamos llamarle a eso?

TOM: Un accidente, supongo.

TERAPEUTA: Es correcto. De hecho, ¿cómo llamaría a una situación en que le dispara a una persona cuando intenta proteger algo o a alguien?

TOM: Defensa propia.

TERAPEUTA: Sí, muy bien. ¿No era usted responsable de proteger el puesto de control?

TOM: Sí.

TERAPEUTA: Entonces, si usted era responsable de proteger el puesto de control y ellos siguieran avanzando, ¿eso habría puesto el área en riesgo?

TOM: Sí, pero eran una familia, no insurgentes.

TERAPEUTA: ¿Cómo podía saberlo en ese momento?

TOM: Iban una mujer y una niña en el carro.

TERAPEUTA: ¿Lo sabía usted en ese momento?

TOM: No.

TERAPEUTA: Entonces, es sólo en retrospectiva que sabe que se trataba de una familia que podría no haber tenido mala intención. En realidad no conocemos la intención de esa familia, ¿o sí? No hicieron caso de las advertencias ¿verdad?

TOM: Sí. (*Hace una pausa*). No había pensado que trataran de hacer algo malo con una mujer y una criatura en el carro.

TERAPEUTA: No lo sabemos y en resumidas cuentas no lo sabremos nunca. Pero sí sabemos lo que usted sabía en ese momento. Y lo que usted sabía entonces es que no hicieron caso de las advertencias, que usted era responsable de la seguridad del puesto de control y que actuó cuando tuvo que hacerlo para proteger el puesto. Si piensa en esos hechos que sucedieron y en lo que usted sabía en el momento, ¿cómo se siente?

TOM: Mmmm… Supongo que me sentí menos culpable.

TERAPEUTA: ¿Se sintió menos culpable o se siente menos culpable?

TOM: Si lo pienso de esa forma, me siento menos culpable.

TERAPEUTA: Habrá momentos en que empiece a sentirse culpable de nuevo. Será importante que se aferre a los hechos de lo que ocurrió y no a la interpretación automática a la que ha recurrido por tanto tiempo. ¿Hay alguna parte de eso que le haga sentir orgullo?

TOM: ¿Orgullo?

TERAPEUTA: Sí. Parece que usted hizo lo que tenía que hacer en una situación estresante. ¿No demostró valor bajo el fuego?

TOM: Me resulta difícil considerar que fue valiente haberlos matado.

TERAPEUTA: Seguro. No ha pensado de esta forma durante mucho tiempo, pero es algo a considerar.

El diálogo socrático de la terapeuta se diseñó para ayudar al paciente a considerar todo el contexto en que había operado. La terapeuta empezó también a sembrar la semilla de

que Tom no sólo no había hecho nada malo, sino que hizo lo que tenía que hacer para proteger el puesto de control. Siempre que sea posible, resulta muy útil señalar los actos de heroísmo o de valor cuando se trabaja con sobrevivientes de un trauma.

Antes de terminar la sesión, la terapeuta verificó el estado emocional de Tom para asegurarse de que estaba más tranquilo de cómo había estado en la sesión. También indagó su reacción a la sesión de terapia. Él comentó que había sido muy difícil, pero que se sentía mejor de lo que esperaba al entrar al meollo de lo sucedido. También señaló que había cosas del suceso que no había considerado y que eran algo para reflexionar. La terapeuta lo elogió por el excelente trabajo que hizo en la tarea de escritura y enfatizó la importancia de no rendirse ahora. Comentó que había completado uno de los pasos más difíciles de la terapia y que eso ayudaría a su recuperación.

La terapeuta tomó el primer relato del trauma y le asignó la siguiente tarea: escribir de nuevo todo el relato; le pidió que añadiera cualquier detalle que hubiera dejado fuera en la primera narración y que agregara incluso más detalles sensoriales. Le solicitó también que registrara entre paréntesis cualquier pensamiento y sentimiento que tuviera en el aquí y ahora, junto con lo que pensaba y sentía en el momento en que ocurrió el hecho.

Sesión 5

Tom llegó a la quinta sesión luciendo más positivo y haciendo más contacto ocular con la terapeuta. Dijo que había escrito el relato de nuevo, justo después de la sesión anterior. Comentó que la escritura fue difícil, pero no tanto como la primera vez. La terapeuta aprovechó esta oportunidad para enfatizar la idea de que las emociones naturales se resuelven naturalmente cuando se permite que se expresen. Tom señaló que esa semana había hablado más con su esposa y que la había evitado menos. Esa mayor comunicación permitió que la esposa expresara sus preocupaciones por el bienestar de Tom, le compartió que le parecía que no estaba interesado en ella ni en su hijo nonato. Tom había hablado antes con su esposa sobre el incidente, pero no había compartido el detalle específico de que la mujer en el vehículo estaba embarazada. Tom percibió que la reacción de su esposa a la revelación sobre la mujer embarazada era muy buena. Dijo que le había hecho preguntas y que sus comentarios indicaban que no lo culpaba por sus acciones. Por ejemplo, ella preguntó "¿Cómo podrías saber en ese momento que se trataba de una familia?" También dijo "Es difícil saber si son terroristas o si sólo son una familia de viaje". Tom rio cuando dijo que su conversación le había resultado parecida a la última sesión de psicoterapia.

La terapeuta le pidió que leyera en voz alta el segundo relato, con tantas emociones como le fuera posible. Tom había escrito más sobre el suceso y la terapeuta advirtió que había incluido más información sobre lo que él y los otros guardias habían hecho para advertir a los pasajeros del carro que disminuyeran la velocidad al acercarse al puesto de control. Tom leyó la segunda narración más lentamente y no estaba tan tenso como en la primera ocasión que leyó en voz alta. El segundo relato era mucho más detallado y se enfocaba más en el vehículo y sus ocupantes después de que les disparó.

TERAPEUTA: Veo que ha escrito más sobre el carro y la familia. ¿Qué siente al respecto justo ahora?

TOM: Me siento triste.

TERAPEUTA: ¿Se siente tan triste como la primera vez que escribió sobre el tema?

TOM: Creo que ahora me siento más triste.

TERAPEUTA: Mmmm … ¿A qué cree que se deba?

TOM: Creo que es como lo que escribí entre paréntesis acerca de lo que pienso ahora.

Pero, en lugar de sentir tanta culpa por haberles disparado, creo que es triste que no hayan hecho caso de las advertencias.

TERAPEUTA: Mencionó que ahora siente menos culpa ¿A qué se debe?

TOM: Empiezo a ver que no fui el único que intentó detenerlos. Varios de nosotros intentamos hacer que se detuvieran. Pero todavía siento algo de culpa porque fui yo quien les disparó.

TERAPEUTA: Si alguno de los otros guardias les hubiera disparado, ¿lo culparía por hacerlo? ¿Esperaría que se sintiera culpable por su conducta?

TOM: (*Risas).* Empecé a pensar en ello esta semana. Me hizo preguntarme si en realidad fui yo quien les disparó. Mientras más escribía y pensaba en ello, me percaté de que existe la posibilidad de que otro de los guardias hubiera disparado al mismo tiempo.

TERAPEUTA: ¿Qué significaría si ese otro guardia hubiera disparado al mismo tiempo?

TOM: Si alguien disparó al mismo tiempo, significa que seguramente pensó que lo adecuado en esa situación podría ser dispararles.

TERAPEUTA: ¿Podría haber sido lo correcto?

TOM: *(Sonriendo).* Sí, todavía tengo dudas de si tendríamos que haber hecho otra cosa.

TERAPEUTA: Parece que todavía intenta "deshacer" lo sucedido. Tengo curiosidad, ¿qué otra cosa podría haber hecho?

TOM: No dispararles.

TERAPEUTA: ¿Y qué habría sucedido entonces?

TOM: Podrían haberse detenido. (*Hace una pausa)*. O supongo que podrían haber cruzado el puesto de control y lastimado a otras personas. Es posible que hubieran estado equipados con un coche bomba que podría haber lesionado a muchas personas. Aunque resulta difícil creerlo por la mujer y la niña en el carro.

TERAPEUTA: Como hablamos antes, es imposible saber cuáles eran sus intenciones. El balance final es que usted asumió que hacer algo diferente o no hacer nada habría llevado a un mejor resultado.

TOM: Eso es cierto, todavía me siento triste.

TERAPEUTA: Seguro, es natural. Me parece una buena señal que se sienta triste. La tristeza parece ser una reacción natural y muy apropiada a lo que sucedió, mucho más congruente que la culpa y la vergüenza que estaba experimentando.

Tom y la terapeuta analizaron que la meta de la terapia no era olvidar lo sucedido, sino conservar el recuerdo sin que éste llevara consigo ansiedad, culpa y otras emociones negativas. Tom indicó que su temor era cada vez menor y que su capacidad de tolerar los sentimientos era cada vez más fuerte, incluso si eran intensos. Tom reconoció que leer el relato, hablar de su trauma y acudir a las sesiones de psicoterapia se habían vuelto tareas más sencillas y que sus sentimientos negativos empezaban a disminuir.

Después de analizar las reacciones de Tom ante sus recuerdos, con énfasis en la forma en que había intentado asimilar el recuerdo a sus creencias existentes, la terapeuta empezó a analizar las áreas de sobreacomodación. Una de esas áreas eran las creencias de Tom acerca del ejército estadounidense; él había entrado al servicio con una idea muy positiva de la milicia. Tom tenía una historia familiar de servicio militar y creía en servir al país y en la legitimidad del ejército.

Luego del suceso traumático y del servicio militar en Irak desarrolló una opinión negativa del ejército que se había extendido al gobierno federal en general. La terapeuta usó este contenido para introducir la primera serie de herramientas que ayudarían a cuestionar los puntos de estancamiento del paciente. Enfatizó también la forma en que Tom iría asumiendo gradualmente el control, como su propio terapeuta capaz de cuestionar los patrones de pensamiento que lo mantenían "atorado".

TERAPEUTA: Parece que a partir de su servicio alberga algunas creencias muy firmes sobre el ejército y el gobierno de EUA. Me gustaría emplear esas creencias para introducir algunos materiales que le serán de utilidad para empezar a cuestionar por sí mismo los puntos de estancamiento. Usted ha hecho un trabajo notable al considerar lo que piensa y siente acerca de las cosas. Se ha mostrado muy abierto a considerar interpretaciones alternativas de esas cosas. A partir de esta sesión lo voy a ayudar a convertirse en su propio terapeuta y a atacar directamente sus puntos de estancamiento.

TOM: Muy bien.

TERAPEUTA: Este día vamos a encargarnos del primer conjunto de habilidades, y en el curso de las siguientes sesiones empezaremos a construir sus habilidades. La primera herramienta es una hoja llamada la Hoja de Preguntas para Confrontar. El primer paso es identificar una de sus creencias que pueda ser un punto de estancamiento.

Como mencioné antes, me gustaría usar sus creencias sobre el gobierno federal. Entonces, si tuviera que resumir lo que cree sobre el gobierno federal o el ejército, ¿qué sería?

TOM: No lo sé, no estoy seguro. Supongo que diría que el ejército estadounidense es sumamente corrupto.

TERAPEUTA: Bien. Eso es muy claro y directo. Vamos entonces a revisar las preguntas y a responderlas según su relación con esa creencia. La primera pregunta que debe hacerse es, "¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de esta idea?"

TOM: La evidencia a favor es el caso de Abu Ghraib. ¿Puede usted creer que hicieran eso?. También tendría que poner en la lista de "evidencias a favor" mi propio tiroteo, pero eso es algo que empiezo a cuestionar.

TERAPEUTA: ¿Qué otra evidencia de corrupción existe?

TOM: Bueno y esos contratistas de defensa… ¡vaya timo! Eso me lleva a la administración actual y a sus intereses creados por ir a la guerra para hacer dinero con los contratos de defensa. Ah, y por supuesto, para hacer dinero con el petróleo que viene de esos países.

TERAPEUTA: Muy bien. Parece que tiene evidencia a favor. ¿Qué hay de la evidencia en contra?

TOM: Bueno, algunos de mis compañeros eran muy buenos. Estaban muy comprometidos con el servicio y la misión. La mayoría de mis líderes fueron muy buenos, aunque algunos eran unos verdaderos cerdos. Francamente, algunos eran unos verdaderos estúpidos hambrientos de poder.

TERAPEUTA: Parece que tiene cierta evidencia a favor y en contra de su creencia de que el ejército de EUA es completamente corrupto. En el proceso de cambio no es inusual tener ideas en ambos lados. ¡Son muy buenas noticias! Eso significa que está considerando alternativas diferentes y que no está "atorado" en una forma de ver las cosas. Veamos la siguiente.

La terapeuta dedicó el resto de la sesión a repasar la lista de preguntas para asegurarse de que Tom las entendía. Aunque la mayor parte de las preguntas se enfocaban en el tema de la corrupción en el ejército, también se revisaron otros temas para ilustrar su significado. Por ejemplo, la terapeuta introdujo las preguntas probabilísticas con el ejemplo de la vida de Tom en que creía que iba a ser acribillado por un francotirador insurgente al regresar a casa. Esas preguntas se ilustraban mejor en relación con los temas de seguridad. La terapeuta indicó que tal vez no todas las preguntas se aplicaban a la creencia en que Tom estaba trabajando. La pregunta "¿Está pensando en términos de todo o nada?" parecía más pertinente porque se aplicaba a lo que Tom creía sobre el ejército. Tom comentó que había aplicado algunos ejemplos de lo que parecía ser corrupción de todo el ejército. También indicó que su descripción del ejército como "extremadamente" corrupto era congruente con la pregunta "¿Está utilizando palabras o frases que son extremas o exageradas?". Tom también advirtió que la pregunta "¿Está utilizando ejemplos seleccionados y fuera de contexto?" podía aplicarse al hecho de haber considerado que su conducta en el suceso traumático lo convertía en un asesino, lo que era indicativo de su comprensión de la hoja de trabajo.

Para la práctica que le fue asignada antes de la sexta sesión, Tom aceptó responder cada día a la Hoja de Preguntas para Confrontar. Antes de terminar la sesión, junto con

la terapeuta realizó una lluvia de ideas sobre los posibles puntos de estancamiento para facilitar la tarea asignada. Esos puntos de estancamiento incluían "No merezco tener una familia", "Asesiné a una familia inocente" y "Soy débil porque tengo el trastorno por estrés postraumático".

Sesión 6

Tom completó las Hojas de Preguntas para Confrontar sobre todos los puntos de estancamiento que había generado con la terapeuta, quien las revisó para confirmar que Tom hubiera usado las preguntas según lo designado. Le preguntó cuál de las hojas de trabajo le había parecido **menos** útil, a lo que él respondió que le había resultado más difícil completar la hoja relacionada con merecer tener una familia. La terapeuta revisó luego con Tom esta hoja en detalle (figura 2-2).

Hoja de preguntas para confrontar

Abajo encontrará una lista de preguntas que debe utilizar para ayudarse a cuestionar sus creencias inadaptadas o problemáticas. No todas las preguntas serán pertinentes para la creencia que decidió confrontar. Responda tantas preguntas como pueda para la creencia que eligió cuestionar abajo.

Creencia: No merezco tener una familia.

1. ¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de esta idea?
   A FAVOR: *Arrebaté la familia de otro hombre.*
   EN CONTRA: *No quise dispararle a nadie. Aquí no se aplica lo de "ojo por ojo".*
2. ¿Su creencia se basa en un hábito o en hechos?
   Para mí es un hábito pensar de esa manera. Lo cierto es que no hice nada malo para merecer semejante castigo.
3. ¿Sus interpretaciones de la situación están demasiado alejadas de la realidad para ser exactas?
   Mi interpretación de la situación original era bastante exagerada, que es donde surgió esta creencia.
4. ¿Está pensando en términos de todo o nada?
   No aplica.
5. ¿Está utilizando palabras o frases que son extremas o exageradas? (es decir, siempre, para siempre, nunca, necesario, debería, tendría, no puedo y cada vez)
   Supongo que "merecer" podría ser una palabra extrema.
6. ¿Está sacando la situación de contexto y enfocándose en un solo aspecto del suceso?
   Sí, igual que en la tercera pregunta, tiendo a olvidar todo lo que sucedía en el momento del tiroteo.
7. ¿La fuente de información es confiable?
   No, en esos días no era yo muy confiable.
8. ¿Está confundiendo una baja probabilidad con una alta probabilidad?
   No aplica.
9. ¿Sus juicios se basan en sentimientos más que en hechos?
   Estoy sintiendo culpa por pensar que hice algo mal cuando lo cierto es que hice lo que tenía que

hacer.

10. ¿Se está enfocando en factores irrelevantes?
¿Tal vez el hecho de que merezca una familia no tiene nada que ver con el hecho de que alguien más pierda la suya?

Figura 2-2. Hoja de preguntas para confrontar.

TERAPEUTA: Entonces, veo que en su respuesta sobre la evidencia a favor y en contra de la idea de merecer una familia incluyó como evidencia que robó la familia de otro hombre. Me alegra ver que no incluyó la palabra "asesinato", eso es progreso. Pero, ¿por qué es eso evidencia de que no merece una familia?

TOM: Es evidencia porque siento que arrebaté la familia de alguien más, por lo que no merezco tener una. Parece lo justo.

TERAPEUTA: Recuérdeme que debo ver su respuesta a la novena pregunta sobre confundir sentimientos y hechos. Pero por ahora, ayúdeme a entender la razón por la que no merece a su familia ni ser feliz con su familia por lo que sucedió.

TOM: No lo sé, sólo parece justo.

TERAPEUTA: ¿Justo? Eso implica que hizo algo malo que requiere que sea castigado.

TOM: He estado pensando más en eso, cuando lo analizo no creo haber hecho algo malo, pero todavía *se siente* como si lo hubiera hecho y que por eso no debería tener en mi vida algo bueno como una esposa y un hijo.

TERAPEUTA: Quizá deberíamos revisar ahora su respuesta a la novena pregunta. ¿Qué respondió a la pregunta "¿Sus juicios se basan en sentimientos más que en hechos?"

TOM: Escribí "Estoy sintiendo culpa por pensar que hice algo mal cuando lo cierto es que hice lo que tenía que hacer". Intento recordar lo que hablamos al respecto y lo que me dijo mi esposa acerca de que no respondieron a las advertencias y de haberles disparado, lo que quizá impidió que ocurriera algo malo. Todavía me siento mal, no tanto como antes, pero todavía siento que hice algo mal.

(*La terapeuta usa esto como una oportunidad para hablar sobre la necesidad de practicar nuevos pensamientos alternativos a fin de producir un cambio emocional*).

TERAPEUTA: Va muy bien en su camino a eliminar los estancamientos y a la recuperación. Su cabeza empieza a entenderlo y es necesario que sus sentimientos se emparejen. Durante mucho tiempo ha pensado de cierta forma en lo que sucedió y lo que hizo. Se culpaba una y otra vez y se decía que había hecho algo malo. Se sometió a una dieta constante de ese tipo de pensamiento, lo que provocó que se sintiera culpable por lo sucedido. Es como una forma muy frecuente de pensar que lo lleva automáticamente a sentirse culpable. Lo que debe hacer es empezar a pensar en la situación de manera más realista y más confiable, de modo que esa forma de pensar a la larga se convierta en algo habitual.

TOM: *(Con lágrimas en los ojos).* Tuve que dispararle al carro y hubo gente que murió.

TERAPEUTA: Es cierto. Y supongamos por un segundo que en realidad cree en ese pensamiento. De ser así, ¿qué sentiría?

TOM: Me sentiría mucho más ligero. No me sentiría culpable. Seguiría sintiendo tristeza por esta situación horrible, pero no me culparía.

TERAPEUTA: Demos el siguiente paso. Si no se culpara ni se sintiera culpable, ¿creería que merece ser feliz con su esposa y con el bebé que está por llegar?

TOM: Seguro.

TERAPEUTA: Entonces Tom, su trabajo es practicar, practicar y practicar esta forma nueva y más precisa de ver lo que sucedió y su papel en eso. Con la práctica sus sentimientos empezarán a coincidir con la verdad sobre lo sucedido y con el hecho de que no es culpable.

TOM: Se parece al entrenamiento para usar un arma. Ellos nos hacían realizar ciertas cosas con nuestras armas una y otra vez, hasta que se volviera automático. Cosa que ocurría después de cierto tiempo.

TERAPEUTA: Es correcto. En esta hoja hay otras preguntas que pueden ayudarlo a convencerse de la verdad acerca de esto. ¿Qué respondió a la pregunta "Su creencia se basa en un hábito o en hechos"?

Este diálogo ilustra un hecho común en esta etapa de la terapia. Tom empezaba a experimentar el cambio cognitivo, pero el cambio emocional iba rezagado. La terapeuta enfatizó la necesidad de practicar las nuevas formas de pensar para sentir de manera diferente. También es importante destacar los progresos del cliente para cambiar su manera de pensar, incluso si los sentimientos no han cambiado o son ambivalentes. Se considera que un cambio en la forma de pensar equivale a haber recorrido más de la mitad del camino hacia el cambio en el sentimiento. En efecto, la modificación de la forma de pensar involucra aprendizaje o competencia entre pensamientos, y con más repeticiones de esa nueva forma de pensar, los sentimientos asociados le siguen y a la larga predominan.

En la última parte de esta sesión la terapeuta introdujo la Hoja de patrones problemáticos de pensamiento y explicó las diferencias entre esta lista y la Hoja de preguntas para confrontar (figura 2-3). En concreto, indicó que la Hoja de patrones problemáticos de pensamiento tiene que ver con los patrones generales de pensamiento y no con cuestionar pensamientos individuales que Tom pudiera tener. La Hoja de patrones problemáticos de pensamiento presenta una lista de siete patrones incorrectos de pensamiento (p. ej., sobresimplificación, sobregeneralización, razonamiento emocional).

Patrones problemáticos de pensamiento
Abajo se presenta una lista con diversos patrones problemáticos de pensamiento que la gente usa en diferentes situaciones de la vida. Es común que esos patrones se conviertan en pensamientos automáticos y habituales que nos llevan a realizar conductas autodestructivas. Considerando sus puntos de

estancamiento, encuentre ejemplos para cada uno de esos patrones. Escriba el punto de estancamiento debajo del patrón apropiado y describa a qué se debe la coincidencia entre ellos. Piense en cómo es afectado por el patrón.

1. **Saltar a conclusiones** cuando se carece de evidencia o la evidencia es contradictoria.
   Cuando ocurren cosas malas suelo saltar a la conclusión de que seguramente hice mal. Asumo que las cosas son mi culpa.
2. **Exagerar o minimizar** una situación (sacar las cosas de proporción o disminuir su importancia inapropiadamente).
   Minimizo las cosas que hice bien en el ejército.
3. **Ignorar aspectos importantes** de una situación.
   En el pasado tendía a ignorar el aspecto importante de que varios de nosotros intentamos impedir que el carro cruzara el puesto de control.
4. **Sobresimplificar** las cosas para considerarlas malas, correctas o erróneas.
   A veces pienso que todos los iraquíes son malos.
5. **Sobregeneralizar** a partir de un solo incidente (un hecho negativo es visto como un patrón interminable).
   Asumí que el suceso traumático que viví significaba que no era seguro que estuviera con mi bebé por nacer.
6. **Lectura de la mente** (asume que la gente piensa mal de usted cuando no existe evidencia clara de ello).
   Asumo que todos creen que soy una persona terrible, un asesino, por lo que hice.
7. **Razonamiento emocional** (tiene un sentimiento y asume que debe ser una razón).
   Éste es fácil: Me siento culpable, por ende debo serlo.

Figura 2-3. Hoja de patrones problemáticos de pensamiento.

Tom y la terapeuta revisaron la lista y generaron ejemplos para cada uno de los patrones. Por ejemplo, para "Ignorar los aspectos importantes de una situación", la terapeuta señaló algo que Tom había planteado varias veces durante la terapia. Al principio Tom no había incluido la información importante de que él y los otros guardias intentaron detener el carro antes de dispararle. También señaló que el razonamiento emocional consistía en confundir un sentimiento con un hecho, lo que había sido el punto principal de la sesión.

Cuando pasaron al punto "Sobregeneralizar a partir de solo incidente" Tom dijo que había advertido que empezaba a cambiar su manera de pensar sobre el gobierno y sus líderes. Comentó que había sido muy importante para él considerar que, en varios casos, sus compañeros habían actuado con integridad y que estaban comprometidos con la misión y con la seguridad y protección de otros.

Tom dijo de manera espontánea: "Supongo que es como sacar conclusiones cuando no se tiene evidencia o esta es contradictoria". Dijo que había empezado a usar estereotipos después del suceso traumático, aplicando en general atributos y opiniones negativas a

cualquier militar y al gobierno. Tom y la terapeuta analizaron la meta de la terapia que era tener una visión equilibrada y realista de las cosas en lugar de la versión idealizada que tenía antes del trauma o la versión abiertamente pesimista que desarrolló después del trauma. En otras palabras, la meta era encontrar los matices y lograr el equilibrio en su forma de pensar en el gobierno, el ejército y su liderazgo. Tom añadió un ejemplo de esta forma de pensar, "En el gobierno existen personas que quieren el bien de los demás".

Se le asignó la tarea de leer de nuevo la lista de la Hoja de patrones problemáticos de pensamiento y anotar ejemplos de las veces en que utilizó cada uno de esos patrones.

Sesión 7

Tom empezó la sesión diciendo que se sentía mejor y que su esposa había notado una diferencia en él y que le preocupaba menos que la terapia le hiciera más mal que bien. La terapeuta le había pedido que llenara la Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático (PCL) y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) mientras esperaba su cita. Al inicio de la sesión calificó rápidamente esos instrumentos de evaluación y le brindó retroalimentación sobre sus puntuaciones. Su puntuación en la Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático había disminuido de 68 a 39, lo que era un cambio claro y clínicamente significativo en sus síntomas del trastorno. Advirtió que los síntomas que más habían disminuido eran los de evitación y reexperimentación; los síntomas de hiperactivación también se habían reducido, aunque no tanto. Su puntuación en el Inventario de Depresión de Beck-II había decrecido de 28 a 14, lo que era una clara indicación de que los síntomas depresivos se habían aminorado.

La terapeuta preguntó si había terminado la tarea asignada con la Hoja de patrones problemáticos de pensamiento, a lo que Tom respondió que no lo había hecho pero que había pensado en ello durante la semana. También rio y dijo que se había percatado de los patrones de pensamiento de su esposa y otras personas. La terapeuta le pidió que completara parte de la hoja durante la sesión. En este momento de la terapia la terapeuta iba cediendo el control mientras Tom asumía la tarea de confrontar sus propias cogniciones. La terapeuta ofreció un mínimo de aclaración y de ejemplos adicionales a los que ya había revisado en el trabajo con Tom.

En esta sesión, la terapeuta introdujo la Hoja de trabajo para confrontar creencias. Tuvo el cuidado de señalar que la hoja integraba el trabajo hecho antes por Tom y que agregaba algunos elementos nuevos. El siguiente diálogo ilustra la introducción de esta hoja (figura 2-4).

A. Situación	**B. Pensamientos**	**D. Confrontación de pensamientos**	**E. Patrones problemáticos**	**F. Pensamiento alternativo**
Describa el suceso,	Escriba los pensamientos	Use las **Preguntas de**	Use la hoja de **patrones**	¿Qué otra cosa puedo decir en lugar

pensamiento o creencia que dio lugar a la emoción o emociones desagradables.	relacionados con la columna A. Califique de 0 a 100% su creencia en cada pensamiento que se presenta abajo (¿Qué tanto cree en ese pensamiento?).	**confrontación** para examinar los pensamientos automáticos de la columna B. ¿El pensamiento es equilibrado y factual o es extremo?	**problemáticos de pensamiento** para decidir si éste es uno de sus patrones problemáticos de pensamiento.	de lo expuesto en la columna B? ¿De qué otra forma puedo interpretar el hecho en lugar de lo expuesto en la columna B? Calificar de 0 a 100% la creencia en el pensamiento alternativo.
Fui uniformado a la tienda.	**"El tipo está resentido conmigo porque estoy en el ejército" (100%)**	¿Evidencia? **¿Hábito o Hecho? Tengo el hábito de pensar que todos me odian porque estuve en Irak.**	Saltar a conclusiones. Exagerar o minimizar. Ignorar aspectos importantes.	**"No sé si es un resentido" (60%).** **"Si está resentido, no sé a qué se deba; tal vez no se trate de mí, mucho menos de que serví en Irak". (80%)**
	C. Emociones	¿Las interpretaciones son incorrectas?	Sobresimplificación.	**G. Calificar de nuevo los antiguos pensamientos**.
	Especifique tristeza, enojo, entre otros y califique de 0 a 100% la fuerza con que experimentó cada emoción. **Enojo (80%)** **Temor (30%)**	¿Todo o nada? ¿Extremas o exageradas? **¿La fuente es confiable? Yo** ¿Baja o alta probabilidad? ¿Se basa en sentimientos o en hechos? ¿Factores irrelevantes?	Sobregeneralización. **Leer la mente.** **Estoy asumiendo que él piensa lo peor de mí.** Razonamiento emocional.	Califique de nuevo, de 0 a 100%, qué tanto cree ahora en el pensamiento expuesto en la columna B. **35%** **H. Emoción o emociones** ¿Qué siente ahora? De 0 a 100% **Enojo (20%)** **Temor (15%)**

Figura 2-4. Hoja de trabajo para confrontar creencias que se llenó en la sesión.

TERAPEUTA: Quiero mostrarle la última hoja de trabajo que vamos a usar en el resto de la terapia.

TOM: Muy bien. Vaya, eso parece complicado.

TERAPEUTA: En realidad, usted ya hizo buena parte del trabajo incluido en esta hoja. Esta hoja de trabajo integra todo lo que ya hemos trabajado.

TOM: Voy a confiar en su palabra, Doctora.

TERAPEUTA: ¿Recuerda las Hojas A-B-C que vimos antes?

TOM: Sí.

TERAPEUTA: *(Señalando las tres primeras columnas de la Hoja de trabajo para confrontar creencias*). Estas *son A, B y C.* En la columna A tiene la situación o "evento activador" que vio en la Hoja A-B-C. En la columna B tiene los "pensamientos automáticos" que corresponde a la parte de "creencias" de la Hoja A-B-C. Por último, la columna C, "emociones", corresponde a la parte de "consecuencias" de la Hoja A-B-C.

TOM: Muy bien, por ahora todo bien.

TERAPEUTA: En la columna D es donde identifica las "preguntas para confrontar" que corresponden a los pensamientos o puntos de estancamiento en los que ha estado trabajando. En la columna E identifica el tipo de "patrones problemáticos de pensamiento" que corresponden a los pensamientos o puntos de estancamiento en los que ha trabajado. ¿Queda claro?

TOM: Sí.

TERAPEUTA: Entonces, sólo es nueva la columna F, de "pensamientos alternativos". Aquí debe identificar pensamientos alternativos que podría tener sobre la situación. En otras palabras, buscamos interpretaciones diferentes del hecho o afirmaciones alternativas que pueda decirse. En las columnas G y H vemos la manera en que puede cambiar su creencia de sus pensamientos originales y la forma en que esos nuevos pensamientos inciden en sus sentimientos.

TOM: Muy bien.

TERAPEUTA: Bien, elijamos entonces un punto de obstrucción para empezar a usar la Hoja para confrontar las creencias. En las siguientes sesiones la seguridad será uno de los primeros temas de los que hablemos. ¿Puede pensar en un punto de obstrucción que se relacione con su capacidad para mantenerse a salvo o en cómo mantener a salvo a otras personas cerca de usted?

TOM: Bien, todavía me pregunto si hay gente en el mundo que quiere lastimarme, aunque sepa que no hay un francotirador que vaya a matarme.

TERAPEUTA: Elijamos entonces un hecho específico, el más concreto, el que sea mejor.

TOM: Estaba yo en la tienda de abarrotes y llevaba mi uniforme. Había un tipo que parecía ser un resentido, como si me odiara o algo así.

TERAPEUTA: Entonces escriba el suceso en la columna A. (*Hace una pausa*). ¿Qué pensó entonces? Ya había mencionado algo antes.

TOM: El tipo estaba resentido conmigo porque estoy en el ejército.

TERAPEUTA: Bien. ¿Qué tan fuerte es su creencia en ese pensamiento?

TOM: 100%

TERAPEUTA: Muy bien, vamos a escribir lo que siguió al pensamiento. Ahora vamos a calificar qué tan fuertes son sus creencias en sus pensamientos porque al final veremos qué tanto cambiaron sus pensamientos. ¿Qué sentimiento o sentimientos están asociados con ese pensamiento?

TOM: Definitivamente enojo.

TERAPEUTA: Tiene sentido dado su pensamiento. En una escala de 0 a 100%, donde 100% es todo el enojo que podría imaginar sentir ¿qué tan grande es su enojo?

TOM: Mmm…. Dije que 80%

TERAPEUTA: ¿Algún otro sentimiento? Puede sentir más de uno.

TOM: Cuando me detengo a pensar en ello, supongo que también hay algo de temor.

TERAPEUTA: También eso tiene sentido. En una escala de 0 a 100%, ¿qué tanto temor?

TOM: Bueno, tal vez 30%. No es el sentimiento más fuerte, pero ahí está, porque me pregunto si el tipo va a decir o a hacer algo.

TERAPEUTA: Buen trabajo. Pasemos a la siguiente columna que se relaciona con la Hoja de preguntas de confrontación que ya llenó. Veamos la lista. ¿Qué preguntas se aplicarían aquí?

TOM: Supongo que podría estar confundiendo un hábito con un hecho. Parece que tengo el hábito de asumir que todos me odian porque estuve en Irak. En realidad no sé si es porque parece resentido. Supongo que no estoy seguro de si tiene algún resentimiento. El tipo no me dijo nada. (*Hace una pausa*). Creo que también es un ejemplo de que la fuente de información no es confiable ¡Y esa fuente soy yo! (*Risas*).

TERAPEUTA: Mientras estaba hablando yo pensaba que se aplican las mismas cosas. Usted las anotó en esta columna. También puede elegir otras preguntas de confrontación que podrían aplicarse, pero por lo regular basta con dos o tres. En la siguiente columna vamos a referirnos a la Hoja de patrones problemáticos de pensamiento. ¿Qué podría caber aquí?

TOM: Supongo que saltar a conclusiones y leer la mente.

TERAPEUTA: ¿Por qué?

TOM: Estoy asumiendo que el tipo piensa lo peor de mí y del hecho de que serví a mi

país en esta guerra. En eso soy bueno.

TERAPEUTA: Anote eso. Más tarde puede agregar otros si le parece que se aplica otra cosa. La siguiente columna es muy importante. Es aquí donde empieza a prepararse para presentar pensamientos o percepciones alternativas sobre la situación. A partir de que se ha hecho esas preguntas y advertido los patrones problemáticos de pensamiento, ¿de qué otra forma podría pensar en esta situación?

TOM: Supongo que podría decirme algo como "No sé si el tipo es un resentido". También podría decir "De ser un resentido, no sé a qué se deba, puede ser incluso que no tenga que ver conmigo, mucho menos con el hecho de que serví en Irak".

TERAPEUTA: ¡Vaya! Lo está haciendo muy bien. Vamos a anotar eso. También agregue qué tanto cree en esos nuevos pensamientos. Debajo de esos pensamientos alternativos está la columna que le pide reconsiderar qué tanto cree en los pensamientos originales que anotó en la columna B. ¿Qué tanto cree en ellos después de pasar por todo este proceso? Antes dijo que 100%.

TOM: Oh, diría que ahora es sólo alrededor de 35%.

TERAPEUTA: Es un gran cambio. Pasó de estar 100% seguro de que esa persona estaba resentida porque peleó en la guerra a una probabilidad de 35%.

TOM: Yo mismo estoy un poco sorprendido.

TERAPEUTA: Demos el último paso. ¿Cuáles son sus sentimientos ahora? Vamos a calificarlos de nuevo.

TOM: Mi enojo va disminuyendo, yo diría que sólo alrededor de 20%. La ansiedad sigue ahí porque en realidad no desearía tener que protegerme y él podría estar resentido conmigo. Se redujo un poco pero, como me doy cuenta de que no estoy 100% seguro de que quiera hacerme daño, yo diría que quizá 15% en el temor.

TERAPEUTA: ¿Tiene preguntas sobre lo que acabamos de hacer?

TOM: No por el momento. Regresaré con usted.

TERAPEUTA: Voy a pedirle que cada día trabaje con una de esas hojas sobre un punto de estancamiento hasta que nos encontremos otra vez. También voy a darle como ejemplo las hojas en las que han trabajado otros pacientes que podrían serle de ayuda.

TOM: Muy bien. Será interesante…

La terapeuta le recordó que podría descubrir que no estaba usando el pensamiento problemático, y que en ese caso no se esperaba un cambio en los sentimientos. También le advirtió que no debía esperar que sus creencias y sentimientos cambiaran siempre por completo en el proceso de llenar la hoja. Para ver un cambio más permanente sería necesario que la antigua forma de pensar se desmantelara por completo y que la nueva forma de pensar se volviera habitual. La terapeuta le sugirió leer varias veces las hojas que había llenado para facilitar el proceso.

A continuación se introdujo el módulo de seguridad. La seguridad es el primero de

cinco módulos (manuales de dos a tres páginas) que también incluyen confianza, poder y control, estima e intimidad. La terapeuta le informó sobre el formato del módulo, que incluía la revisión de la forma en que las creencias sobre uno mismo y los demás podían verse alteradas o aparentemente confirmadas después de un hecho traumático, dependiendo de la historia previa al suceso. Los módulos describen la manifestación emocional y conductual de esas creencias problemáticas (p. ej., no salir de casa por la creencia de que el mundo es inseguro). También presenta para cada área afirmaciones alternativas que son más equilibradas y realistas.

Antes de que ocurriera el suceso traumático Tom se había sentido seguro con otros, y este sentido de seguridad respecto a los demás había sido alterado, según se hizo evidente en su sensación de que quienes lo rodeaban querían hacerle daño. Antes del trauma Tom sentía que no era un peligro para los demás. Después del trauma creía que los demás no estaban seguros cerca de él, cosa que manifestó en su preocupación por estar cerca de su esposa embarazada. La terapeuta le sugirió que completara por lo menos una hoja de trabajo sobre sus puntos de estancamiento relacionados con la seguridad de los otros y con la posibilidad de que fuera un peligro para los demás. También le recordó que debía terminar la tarea de la sesión anterior con la Hoja de patrones problemáticos de pensamiento.

Sesión 8

Tom llegó a la sesión habiendo completado la Hoja de patrones problemáticos de pensamiento y dos Hojas de trabajo de confrontación de creencias. La terapeuta dedicó algo de tiempo a revisar las respuestas a la Hoja de patrones problemáticos de pensamiento porque no quería enviar de manera inadvertida el mensaje de que no era importante realizar la tarea. Le pidió a Tom que leyera los patrones que había completado en casa en oposición a los de la sesión anterior.

Tom completó dos Hojas de trabajo de confrontación de creencias relacionadas con el tema de la seguridad, como le había pedido la terapeuta. Una de esas hojas se relacionaba consigo mismo y la otra con las creencias de seguridad. Al parecer no había entendido que podía usar la Hoja de trabajo de confrontación de creencias con sucesos cotidianos que fuesen angustiantes o incluso positivos para él. La terapeuta enfatizó así que Tom podía usar este proceso de modo más general en su vida cotidiana y resaltó el hecho de que más práctica daría lugar a más resultados. Advirtió que usar este proceso en temas que provocaran menos malestar emocional podría ser muy útil para llevar el proceso a lo esencial. Siempre es más fácil aprender algo cuando no se está lidiando con las circunstancias más difíciles. Utilizó una analogía militar sobre aprender a cargar y disparar un arma, habilidad que se aprende mejor en una situación no bélica, lo que la convierte en una conducta más automática cuando se está bajo fuego.

La terapeuta echó un vistazo a las dos hojas llenadas por Tom y advirtió que se había esforzado más en elaborar afirmaciones alternativas sobre su idea de peligrosidad en relación con el inminente parto de su esposa. Se dio el siguiente diálogo (figura 2-5):

A. Situación	B. Pensamientos	D. Confrontación de pensamientos	E. Patrones problemáticos	F. Pensamiento alternativo
Describa el suceso, pensamiento o creencia que dio lugar a la emoción o emociones desagradables.	Escriba el pensamiento o pensamientos relacionados con la Columna A Califique de 0 a 100% la creencia en cada pensamiento que aparece abajo (¿Qué tanto cree en este pensamiento?).	Utilice las **preguntas de confrontación** para examinar los pensamientos automáticos de la columna B. ¿El pensamiento es equilibrado y factual o extremo?	Utilice la hoja de **patrones problemáticos de pensamiento** para decidir si éste es uno de sus patrones problemáticos de pensamiento.	¿Qué otra cosa podría decir en lugar de lo asentado en la columna B? ¿Qué otra interpretación puedo hacer del suceso en lugar de lo asentado en la columna B? Calificar, de 0 a 100%, la creencia en el pensamiento o pensamientos alternativos.
Estar cerca de mi esposa y mi hijo.	**"Que, de la nada, pudiera volverme físicamente violento" (80%)**	¿Evidencia? ¿Hábito o hecho? ¿Las interpretaciones son incorrectas? ¿Todo o nada? ¿Extremo o exagerado? ¿Fuera de contexto? ¿Fuente no confiable? **¿Baja o elevada probabilidad?** **Dada mi historia, la probabilidad en realidad no es**	Saltar a conclusiones. **Exageración o minimización** **Estoy exagerando la probabilidad de que seré violento**. Ignorar aspectos importantes. Sobresimplificación **Sobregeneralización** **Estoy asumiendo que, dado que disparé una vez en una determinada situación, seré violento en general.** Leer la mente. Razonamiento emocional.	**"Es improbable que lastime a mi familia, y más improbable aún que lo haga de manera repentina e inesperada). (95%)**
	C. Emoción o emociones			**G. Calificar de nuevo los antiguos pensamientos**
	Especifique tristeza, enojo, entre otras, y califique de 0 a 100% la fuerza con que experimenta cada emoción. **Temor (85%)**			Califique de nuevo, de 0 a 100%, lo mucho que cree ahora en el pensamiento asentado en la columna B. **10%**
				H. Emoción o emociones
				¿Qué siente ahora? De 0 a 100% **Temor (< 10%)**

	elevada sino baja. ¿Se basa en sentimientos o en hechos? ¿Factores irrelevantes?	

Figura 2-5. Hoja de trabajo de confrontación de creencias relacionadas con la seguridad.

TERAPEUTA: Veo que al parecer le resultó más difícil encontrar pensamientos alternativos acerca de lo seguro que puede ser que esté con su esposa y su hijo por nacer.

TOM: Sí, en realidad no me gusta hablar de ello. Eso enoja a mi esposa. No me siento cómodo si estoy cerca de ella, lo que la hace sentir mal, pero es sólo que tengo miedo de lastimarla o lastimar al niño.

TERAPEUTA: Vamos a ver su primer pensamiento porque es bastante general. ¿Cómo piensa que va a lastimarlos? ¿Estamos hablando de daño físico o mental?

TOM: A lo que me refiero es a daño físico. No sé exactamente cómo, pero supongo que de alguna forma.

TERAPEUTA: Eso lo hace un poco más concreto. ¿Cómo cree que podría lastimarlos físicamente? Dada su historia de trauma, ¿cree que les dispararía?

TOM: No, por supuesto que no. No hay armas de fuego en mi casa, no voy a cazar y no tengo amigos o familiares que lo hagan. No hay nada que haga que las armas formen parte de nuestra vida.

TERAPEUTA: ¿En qué ha pensado entonces?

TOM: Supongo que me preocupa que, de la nada, pudiera volverme físicamente violento.

TERAPEUTA: Bien, vamos progresando. Vamos a anotarlo. "que de la nada, pudiera volverme físicamente violento". Veo que en la columna C no mencionó nada sobre las probabilidades. Las cuestiones de seguridad casi siempre tienen que ver con la estimación de probabilidades. El mundo no es un lugar absolutamente seguro y cada día calculamos los riesgos para nuestra seguridad con base en la probabilidad de que ocurran cosas malas para nosotros o para alguien más. ¿Cómo piensa que podrían aplicarse las preguntas sobre probabilidad?

TOM: ¿Cree que estoy confundiendo una baja probabilidad con una probabilidad elevada?

TERAPEUTA: Precisamente. ¿Cómo cree que se aplica aquí?

TOM: Estoy convencido de que "de alguna forma" voy a lastimar a mi familia, de modo que creo que la probabilidad de que eso suceda es elevada, no baja. Me parece que usted considera que es poco probable que lo haga, pero todavía me preocupa.

TERAPEUTA: Hablemos sobre la probabilidad real. ¿Qué tan a menudo ha lastimado físicamente a su familia?

TOM: Nunca. ¿Está bromeando?

TERAPEUTA: Así lo creo, pero usted lo hace sonar como si fuera muy probable que suceda. Supongo que es parte del problema, ¿correcto?

TOM: Tiene razón.

TERAPEUTA: ¿Con qué frecuencia ha sido físicamente violento contra alguien?

TOM: No lo he sido, aparte del tiroteo. Y seguramente no fue inesperado. Ahora que hablamos de eso me siento un poco tonto.

TERAPEUTA: Entonces, parece que lo que debemos hacer es averiguar la verdadera probabilidad de que eso suceda. Dado que hemos hablado al respecto, ¿cuál sería una afirmación alternativa que podría decirse a sí mismo y qué tanto cree en ella?

TOM: Es improbable que lastime a mi familia e incluso más improbable que lo haga de manera súbita o inesperada dado que nunca ha sucedido.

TERAPEUTA: Sigamos avanzando para ver cómo podría eso cambiar la forma en que siente. Usted escribió que sentía 85% de temor. ¿Cuál sería la calificación ahora?

TOM: Menos de 10%. Existe cierto temor ahora ya que sé que soy capaz de lastimar a una familia, pero como hemos hablado antes, tengo que recordar que eso ocurrió en una determinada situación y no en mi vida cotidiana como civil en mi familia.

Este intercambio entre Tom y la terapeuta ilustra el papel distintivo de la probabilidad en las evaluaciones y creencias sobre seguridad. Es importante darse cuenta de que existen algunas situaciones o conductas que son objetivamente inseguras, las cuales no deberían ser minimizadas o cuestionadas. Si se trata de precauciones o creencias de seguridad poco razonables, debería evaluarse con cuidado la verdadera probabilidad de daño, teniendo en mente que rara vez, si acaso, está garantizada una seguridad absoluta.

La terapeuta introdujo luego el módulo de confianza. Tom advirtió que antes de que su mejor amigo cometiera suicidio en la preparatoria, confiaba mucho en sí mismo y en los demás. Dijo que después de esa experiencia dejo de confiar en sus juicios sobre otras personas y que se sentía responsable por no haber anticipado el suicidio de su amigo. El suceso traumático en el ejército confirmó su creencia de que no podía confiar en sus juicios sobre las intenciones de otros. Las preocupaciones de Tom sobre su capacidad garantizar la seguridad de su esposa y su hijo nonato también encajaban con el tema de la confianza. La terapeuta y Tom revisaron la información presentada en el manual del módulo de confianza y Tom parecía coincidir con todos los efectos potenciales. Dijo que de verdad había intentado mostrarse abierto con su esposa y no evitarla; añadió que se

comunicaban más, lo que los hacía sentirse relajados y cómodos en los últimos días del embarazo.

Para cerrar la sesión, la terapeuta le asignó la tarea de trabajar con las Hojas de trabajo de confrontación de creencias, y le pidió que llenara por lo menos una para el tema de la confianza. Le recordó que, igual que en las otras áreas, la meta era desarrollar pensamientos alternativos equilibrados. Advirtió que en el caso de la confianza los puntos de estancamiento relacionados con la confianza por lo regular giraban alrededor de los juicios de todo o nada, que podían implicar confianza o no. La meta es llegar a considerar que la confianza es multidimensional, con distintos temas que dan por resultado diferentes niveles de confianza en situaciones diversas.

Sesión 9

Tom llegó a esta sesión con una serie completa de Hojas de trabajo de confrontación de creencias, varias de las cuales se relacionaban con la confianza, incluyendo su nivel de confianza en el gobierno y en sí mismo como padre. También comentó que las hojas de trabajo le habían ayudado a pensar antes de actuar de manera impulsiva o de sentirse miserable.

La terapeuta lo elogió por su excelente trabajo con las hojas y le preguntó si creía que podría necesitar ayuda con alguna de las hojas de trabajo. Tom respondió de inmediato que quería enfocarse en la hoja relacionada con la paternidad porque el inminente nacimiento de su hijo le causaba mucha ansiedad. Al cambiar la atención a esta hoja de trabajo, la terapeuta se percató de que la dificultad de Tom con la hoja probablemente se debía a que había incluido en la lista muchos tipos distintos de pensamiento que alimentaban su ansiedad por convertirse en padre.

De modo que aprovechó esta oportunidad para mejorar el uso de las hojas de trabajo por parte de Tom. El establecimiento de prioridades en la terapia es ejemplificado en la elección de la terapeuta de los pensamientos que debían confrontarse primero. Ella decidió enfocarse en los pensamientos más directamente relacionados con el trauma que contenían remanentes de asimilación. Los pensamientos de Tom sobre merecer ser feliz con una familia dada la muerte de la mujer, el feto y la niña sugerían que no había aceptado del todo el suceso traumático y las circunstancias que lo rodearon. Por lo que éste fue el primer pensamiento abordado por la terapeuta (figura 2-6).

A. Situación	B. Pensamientos	D. Confrontación de pensamientos	E. Patrones problemáticos	F. Pensamiento alternativo
Describa el suceso, pensamiento o creencia que dio lugar a la emoción o	Escriba los pensamientos relacionados con la columna A. Califique de 0 a	Use las **preguntas de confrontación** para examinar los pensamientos automáticos que anotó en la	Use los **Patrones problemáticos de pensamiento** para decidir si este es uno de sus patrones problemáticos de	¿Qué otra cosa puede decir en lugar de lo que expuso en la columna B? ¿De qué otra forma podría interpretar el

emociones desagradables.	100% la creencia en cada pensamiento. (¿Qué tanto cree en este pensamiento?)	columna B. ¿El pensamiento es equilibrado y factual o es extremo?	pensamiento.	suceso en lugar de lo que se expuso en la columna B? Califique, de 0 a 100%, su creencia en los pensamientos alternativos.
Matar a una mujer iraquí embarazada y a su hijo.	**"Dado lo sucedido, no es correcto que yo sea feliz con un bebé en camino". (89%)** **"Es posible que ella no fuera parte de una trama terrorista sino sólo una pasajera" (50%)** **C Emoción o emociones** Especifique tristeza, enojo, entre otros, y califique de 0 a 100% la fuerza con que experimenta cada emoción. **Culpa (85%)**	¿Hábito o hecho? ¿Las interpretaciones son incorrectas? ¿Todo o nada? ¿Extremo o exagerado? ¿Fuera de contexto? ¿La fuente no es confiable? ¿Probabilidad baja o alta? ¿Se basa en sentimientos o en hechos? **¿Factores irrelevantes? Sus intenciones no son relevantes. Las mías sí.**	Saltar a conclusiones. Exageración o minimización Ignorar aspectos importantes Sobresimplificación Sobregeneralización **Lectura de la mente Estoy intentando averiguar lo que la mujer tenía en su cabeza.** Razonamiento emocional	**"Lo que importa son mis intenciones. Yo no intenté hacer nada para privar a alguien más de la felicidad de su familia" (85%)** **G. Califique de nuevo los viejos pensamientos** Califique de nuevo, de 0 a 100%, qué tanto cree ahora en el pensamiento expuesto en la columna B. **15% (el segundo no importa)** **H. Emociones** ¿Qué siente ahora? de 0 a 100% **Culpa (5%) Felicidad (10%)**

Figura 2-6. Hoja de trabajo para la confrontación de creencias concernientes al trauma.

TERAPEUTA: Vaya, ha pensado muchísimo en el hecho de que va a convertirse en padre ¿verdad? Voy a sugerir que usemos una hoja de trabajo diferente con cada uno

de los grupos de pensamiento que ha tenido sobre este tema. Creo que debemos emplear su Hoja de trabajo de confrontación de creencias. Parece que algunos pensamientos se relacionan directamente con su experiencia traumática, otros con el parto y alumbramiento de su esposa, y otros tienen una relación más general con el hecho de ser padre. Veamos primero los que tienen una relación directa con su trauma. Usted escribió que uno de sus sentimientos era culpa (85%) y yo supongo que esto se relaciona con su pensamiento de que no está bien que usted sea feliz con un bebé que está por nacer dado lo sucedido.

TOM: Es correcto. Para ser honesto, todavía siento culpa por la mujer iraquí que estaba embarazada y cerca de tener un hijo, y porque el tiroteo la privó de esa oportunidad y de ser feliz, mientras yo me preparo para tener esa felicidad.

TERAPEUTA: Hemos hablado de esto antes, pero nos habíamos concentrado en el hombre involucrado en la situación.

TOM: Sí, creo que entre más se acerca el parto de mi esposa, más pienso en la mujer iraquí. Me he estado imaginando que ella no formaba parte de una posible trama para una actividad terrorista y que era más bien una participante inocente. Luego vacilo y pienso que quizá sí estuvo involucrada y que no le importó estar embarazada; o que tal vez se trató de un accidente y que ellos no entendieron que tenían que detenerse. Puf, es agotador.

TERAPEUTA: Y no lo sabremos nunca. Si un amigo le estuviera contando todo esto, ¿qué le respondería?

TOM: Le diría que dejara de martirizarse y de sentirse culpable.

TERAPEUTA: Es más fácil decirlo que hacerlo ¿Alguna otra cosa? Quizá nos serviría ver las hojas de preguntas de confrontación y de patrones problemáticos de pensamiento. Me pregunto si se ha estado enfocando en la décima pregunta de la hoja de preguntas de confrontación, la de factores irrelevantes.

TOM: Mmm… ¿qué es irrelevante en este caso?

TERAPEUTA: ¿Qué tan relevantes son las intenciones de la mujer para el hecho de que usted merezca ser feliz por tener un hijo?

TOM: (*Hace una pausa*). Voy a tener que pensar en eso por un segundo.

TERAPEUTA: ¿No son *sus* intenciones en esa situación lo relevante? ¿En ese momento tenía usted la intención de privarla del derecho a dar a luz a su hijo y de vivir feliz para siempre?

TOM: No, de ninguna manera.

TERAPEUTA: Entonces ¿a qué se debe la culpa? ¿Qué hizo usted mal por lo que tendría que ser castigado?

TOM: Vaya, no lo había pensado así. Las intenciones de la mujer son irrelevantes. Tratar de entrar en su cabeza sólo me vuelve loco. Supongo que eso sería leer la mente, ¿no?

TERAPEUTA: Muy bien, un giro diferente sobre la lectura de la mente. ¿Cuál sería entonces un pensamiento alternativo más equilibrado y realista?

TOM: Lo que importa son mis intenciones. Yo no pretendía que ella perdiera su vida ni la vida de su bebé.

TERAPEUTA: Continúe… ¿tiene usted derecho a ser feliz?

TOM: Supongo que sí. Es sólo que se siente raro.

TERAPEUTA: Seguro, se siente diferente. Es distinto a lo que ha pensado durante mucho tiempo. Tengo curiosidad, ¿qué sentiría si se dijera a sí mismo, "No tuve la intención de hacer nada para privar a alguien más de la felicidad de su familia. Merezco ser feliz como padre".

TOM: Me habría sentido menos culpable, seguro, e incluso feliz.

TERAPEUTA: Vamos a anotar todo eso. Ahora tiene la tarea de aferrarse a esos nuevos *insights* y a practicarlos. Lea esta hoja de trabajo todos los días hasta que volvamos a vernos. También me gustaría que tomara otros pensamientos relacionados con este tema de su hoja original de confrontación de creencias, y los pusiera *en* hojas separadas para trabajar con ellos. ¿Puede comprometerse a hacerlo?

TOM: Sí, me siento ya más ligero.

TERAPEUTA: Este es un momento emocionante. ¡Tiene que seguir trabajando en esto para que pueda tener la dicha que merece!

En este punto la terapeuta introdujo el módulo de Poder y Control. Tom admitió que antes del suceso traumático le gustaba tener el control. No le agradaba lo imprevisible y advirtió que esta tendencia empeoró después del suicidio de su amigo. El estilo de vida militar parecía ser congruente con esta tendencia. Tom dijo que antes del suceso traumático no había tenido problemas con la autoridad, pero que desde el trauma militar era más frecuente que se encontrara cuestionándola. Como en las sesiones anteriores, se le asignó la tarea de completar diariamente las hojas de trabajo de confrontación de creencias antes de la siguiente sesión, y por lo menos una de las hojas asignadas era sobre poder y control.

Sesión 10

Tom empezó la sesión diciendo que su esposa había ido el día anterior con el obstetra y que le inducirían el parto en una semana si no lo iniciaba antes de manera natural. Dijo que la última sesión lo había ayudado mucho a sentirse más contento con el inminente nacimiento de su hijo y que desde entonces había leído varias veces la hoja de preguntas de confrontación acerca de merecer ser feliz. Cada vez lo creía más. Dijo que todavía le causaba cierta ansiedad el hecho de convertirse en padre y la idea de que todo saldría bien con el parto y alumbramiento de su esposa. La terapeuta normalizó parte de la ansiedad de su paciente, enfatizando que era muy natural para un padre primerizo, y Tom pudo reconocer lo común de su ansiedad en otros a quienes había visto convertirse

en padres.

Tom dijo que desde la lectura del módulo de poder y control de la última sesión había empezado a darse cuenta de que no todas las personas con autoridad sobre él habían hecho mal uso de dicha autoridad. Esto era muy importante a la luz de su historia preexistente de desear ejercer control; confrontó directamente su ilusión de control, y junto con la terapeuta revisó la hoja de trabajo.

Describió la forma en que su creencia de que podía y **debía** tener control de todo había tenido como resultado su baja autoestima. En general, cuando las cosas no salían como él deseaba, Tom sentía que era un fracaso por no controlar el resultado. Esta estructura de creencia lo llevó a pensar que debería haber podido controlar a su amigo e impedir que se suicidara. También lo llevó a creer que tendría que haber sido capaz de crear un resultado positivo en el suceso militar traumático. Esta discusión permitió hacer una suave transición al siguiente tema, la estima. Tom admitió que se había convertido en alguien que se desvivía por los logros. Esto había afectado su autoestima y era especialmente relevante para su creencia en que no había logrado su meta en el ejército porque tuvo que salir del campo después del suceso traumático en el puesto de control.

Después de revisar el módulo de estima, la terapeuta le pidió que completara la hoja de trabajo de confrontación de creencias en relación con los siguientes puntos de estancamiento, así como con cualquier punto de estancamiento relacionado con la estima. Se le asignaron también otras dos tareas: la práctica de dar y recibir elogios cada día y de hacer cada día algo agradable para sí mismo que no fuera contingente a "lograr" algo. Esas tareas lo ayudarían con la estima para sí y para los otros.

Sesión 11

Tom completó una hoja de trabajo sobre autoestima relacionada con su creencia de que no había logrado su meta en el ejército. Ambos revisaron la hoja y se percataron de que había hecho un progreso importante al usar la hoja de trabajo para cambiar lo que pensaba y sentía por sí mismo. Afirmó que había empezado a ver que la gente es mucho más que sus logros profesionales, que también tiene otras actividades y relaciones con sus familias, amigos y consigo misma.

La terapeuta preguntó por la tarea de dar y recibir elogios. Tom contestó que la había hecho bien, aunque la sentía un poco rara y forzada. Incluso pudo darse cuenta de que cuando elogiaba y se mostraba más positivo con otras personas, recibía más respuestas positivas de ellas. La terapeuta advirtió que varios de los elogios habían sido para su esposa y señaló que Tom parecía más conectado con ella. Él dijo que en realidad empezaba a sentir destellos de emoción por el nacimiento de su hijo. Dijo que todavía sentía cierta ansiedad por el hecho de convertirse en padre y la idea de cómo saldría todo en el parto, pero que la ansiedad era menor y más manejable. Cuando la terapeuta le preguntó por la **recepción** de elogios, Tom reportó más dificultades.

Ella le preguntó que hacía cuando recibía elogios y quedó claro que a menudo los evitaba o los minimizaba. Tom dijo también que sólo había hecho una cosa agradable por sí mismo desde la última sesión, y que no se había sentido cómodo. Este patrón parecía

coincidir con el esquema general de Tom de ser indigno y no merecedor de cosas buenas. Se dio el siguiente diálogo entre la terapeuta y Tom.

TERAPEUTA: Parece que le resulta difícil permitir que alguien sea agradable con usted y ser agradable consigo mismo.

TOM: Sí.

TERAPEUTA: ¿A qué cree que se deba?

TOM: No lo sé. (*Hace una pausa*). No me gusta. Siento que *los demás no deberían* ser agradables conmigo y que yo tampoco debería serlo.

TERAPEUTA: Mmm… Me pregunto si hay algo raro en este pensamiento ¿Usted qué opina?

TOM: Suena un poco raro cuando me escucho decirlo. Parecería que no merezco tener cosas buenas, como una familia.

TERAPEUTA: Esto parece ser una tendencia importante en su vida, uno de esos patrones problemáticos de pensamiento. ¿Qué patrón escucha en su pensamiento? Si lo desea, veamos en su hoja de trabajo.

TOM: Quizá el razonamiento emocional. Siento que no lo merezco, por ende, no debo merecerlo. Ese parece ser el mejor. Tal vez también estoy llegando a una conclusión para la cual no existe evidencia.

TERAPEUTA: Estoy de acuerdo. Dado lo mucho que parece seguir este patrón de pensamiento, apuesto que ha estado aquí por un largo tiempo; quizá incluso antes del tiroteo ocurrido en Irak.

TOM: Así es. Creo que tiene que ver con mi padre, su alcoholismo y el hecho de que no estuvo cerca de mí. Cuando niño, siempre pensé que había hecho algo malo o que me había portado tan mal que él no quería estar cerca de mí.

TERAPEUTA: Ahora, con ojos de adulto, ¿qué piensa acerca de que su padre no estuviera cerca de usted?

TOM: Supongo que bebía por alguna razón, y que esa razón podríamos haber sido mis otros hermanos y yo.

TERAPEUTA: ¿Por qué asume que él bebía a causa de sus hijos?

TOM: No lo sé. Supongo que era estresante tener cuatro hijos.

TERAPEUTA: Probablemente lo era en ocasiones, pero cuando se escucha hablar de esto, ¿cuál es la falla en la forma en que entiende la forma de beber de su padre y el hecho de que no estuvo cerca de usted?

TOM: Conozco a otras personas que tienen cuatro hijos y no tienen problemas con la bebida. Donde yo crecí había muchas familias grandes. Además, sé que él y mi mamá tenían problemas de dinero cuando éramos pequeños, y también que ellos peleaban mucho.

TERAPEUTA: Veamos una vez más, ¿por qué asume entonces que fue *usted* quien causó su problema con la bebida y su alienación?

TOM: Cuando hablamos sobre eso, supongo que veo que quizá no fui sólo yo.

TERAPEUTA: ¿Incluso que no fuera usted en absoluto? Todo mundo puede elegir la forma en que maneja su estrés, y parece que él se distanció de todo mundo, no sólo de usted.

TOM: Cierto. Todavía *se siente* de esa forma.

TERAPEUTA: Parece que culparse cuando algo sale mal es un camino muy trillado en su cerebro. El siguiente paso es que cree que merece ser castigado, o por lo menos que no merece nada bueno. No creo que esta tendencia cambie de la noche a la mañana. Para poder cambiar esa forma de sentir tendrá que esforzarse mucho y hablar consigo mismo de manera más racional. Para que el nuevo camino se vuelva trillado, tendrá que recorrerlo muchas veces. Muy pronto, el camino se volverá automático. Será necesario esforzarse, pero puede cambiar la forma en que siente automáticamente. Me gustaría que llenara una Hoja de trabajo de confrontación de creencias sobre lo que acabamos de hablar. Una vez que tengamos una buena, puede leerla y referirse a ella como parte de la creación de un nuevo camino. ¿Puede hacerlo?

TOM: Sí, me parece que sería bueno.

Este intercambio concerniente al padre de Tom encajaba bien con el último módulo, intimidad. La terapeuta advirtió que la gente tiende a pensar en la intimidad en términos de las relaciones románticas, y en especial en relación con la intimidad sexual. Enfatizó que existen varios tipos de intimidad con diferentes personas. En esencia, la intimidad tiene que ver con la cercanía y receptividad que sentimos respecto con otras personas. Luego revisó la noción de intimidad con uno mismo, o la forma en que procuramos apoyarnos y tranquilizarnos a nosotros mismos. En otras palabras, refleja qué tan buena es la relación que tenemos con nosotros mismos. Tom admitió que le resultaba difícil la cercanía con otras personas, lo que se había manifestado con mayor claridad en el trabajo que hizo en relación con su esposa y su hijo nonato.

Como se mencionó, también tuvo dificultades para hacer cosas buenas y cuidar de sí mismo. Esas dos áreas parecían haber sido afectadas por el esquema subyacente de Tom de no ser digno ni merecedor de nada.

La terapeuta asignó la tarea diaria de trabajar con las hojas de confrontación de creencias y le pidió que el trabajo girara alrededor de ser agradable consigo mismo y de acercarse a la esposa. También le pidió que escribiera una última declaración de impacto relacionada específicamente con la forma en que entendía el trauma ahora, después de todo el trabajo hecho. La terapeuta le pidió que escribiera acerca de sus pensamientos y creencias actuales en las áreas de seguridad, confianza, poder y control, estima e intimidad.

Sesión 12

El día después de la sesión 11 Tom dejó un mensaje donde anunciaba que su esposa había dado a luz a una niña saludable. En su mensaje de voz dijo que se sentía feliz y aliviado. Comentó que la bebé era hermosa, que su esposa había hecho un excelente trabajo en el parto y alumbramiento, y que había disfrutado mucho al sostener en brazos a su hija por primera vez. La doceava sesión se demoró una semana más por la llegada de la pequeña.

La esposa y la hija de Tom lo acompañaron a la última sesión. Antes de empezarla, la terapeuta dedicó un poco de tiempo a admirar a la bebé y a felicitar a la esposa de Tom. Tom parecía genuinamente orgulloso y feliz por su hija, y dijo que convertirse en padre había sido más natural de lo que había anticipado. Comentó que le había preocupado la posibilidad de no querer cargar a la pequeña por miedo a lastimarla o a hacer algo mal. En cambio, encontró que cargarla había sido casi "instintivo" y que tranquilizarla le había resultado mucho más fácil a lo esperado. Tom parecía sorprendido de la naturalidad con que había asumido su papel como padre.

La terapeuta preguntó cómo le había ido con las tareas. Tom dijo que no había hecho tanto como esperaba por la llegada de la bebé, pero que había completado las hojas relacionadas con su padre y con la cercanía con su esposa. La terapeuta revisó las hojas de trabajo, que Tom había hecho muy bien. Le preguntó si le habían sido de utilidad las hojas que le proporcionó, a lo que éste respondió que habían sido muy útiles. Añadió que el tema de su padre todavía le resultaba difícil, pero que empezaba a pensar que no todo tenía que ver con él, lo que lo hizo sentirse mejor consigo mismo y en general menos culpable. Mencionó que estaba considerando escribir una carta a su padre para informarle de la llegada de su hija y que pensaba en preguntarle la razón de su bebida y de que se hubiera distanciado de él y de su familia. La terapeuta lo reforzó por considerarlo y por no hacer suposiciones a ciegas acerca de su papel en el alcoholismo del padre. Sin embargo (dado que no conocía al padre ni su historia), también intentó inocularlo ante la posibilidad de que el padre lo culpara a él y a sus hermanos por su alcoholismo, lo que no necesariamente significaba que fuese cierto. Le recordó que era necesario considerar la fuente de información y que cualquier buen detective obtendría múltiples reportes. A Tom pareció gustarle la idea de obtener más información de otros, y mencionó que en realidad ni él ni sus hermanos habían hablado nunca sobre su creencia de que eran culpables del alcoholismo del padre.

Tom también compartió que había entendido mejor la idea de tener intimidad, sin sexo, en su relación con su esposa. Dijo que desde el nacimiento de su hija se sentía más cercano a ella y que en general se había mostrado más abierto y cercano. La terapeuta le preguntó si había hecho cosas agradables para sí mismo, y Tom rio y dijo que estaba más abierto a eso pero que con la bebé tenía menos tiempo para hacerlo.

La terapeuta le pidió luego que leyera la declaración final de impacto sobre el significado que tenía el suceso para él después del trabajo realizado. Él escribió:

> Es indudable que este suceso traumático me impactó profundamente. Cambiaron los pensamientos sobre mí, sobre los demás y sobre el mundo. Cuando empecé la terapia

yo creía que era un asesino. Me culpaba por completo. Ahora creo que le disparé a una familia, pero no los asesiné. Me doy cuenta de que yo y quienes me rodeaban tuvimos que hacer lo que hicimos en ese momento, y que decidimos disparar porque teníamos que hacerlo. Nunca sabré qué intentaba hacer el hombre, o incluso tal vez la familia, al cruzar por el puesto de control, pero sé que no tenía otra opción excepto disparar para detenerlos. En lo que concierne a la seguridad, solía pensar que había gente que trataba de dañarme, pero ahora sé que la probabilidad de eso es muy pequeña. Todavía me siento un poco ansioso acerca de que mi esposa, mi hija y yo seamos lastimados, pero no por un francotirador. Eso no parece probable. Ahora me preocupo por las cosas que les preocupan a todos, como los conductores locos o algún accidente. Respecto a la seguridad, solía preocuparme la probabilidad de que me volviera loco y lastimara a mi familia. No creo que llegue a hacerlo porque nunca lo hice antes y básicamente este trauma metió en mi cabeza la preocupación de qué tan probable sería que lastimara a alguien a menos que tuviera que hacerlo. Ahora que me doy cuenta de que realmente tenía que disparar en esa situación, confío más en mí mismo en términos de las decisiones que tomo y tengo más fe y confianza en mi gobierno.

Creo que siempre voy a batallar con el deseo de tener poder y control sobre las cosas, pero estoy trabajando en no querer controlarlo todo. El hecho es que no tengo control, aunque me gustaría pensar que lo tengo. Mi autoestima va mejorando. Tengo que recordar que no todas las cosas malas que ocurren son por mi culpa y que merezco ser feliz, incluso si todavía no creo en eso por completo. Una de las cosas más grandes que parecen estar cambiando es que disfruto estar cerca de mi esposa y de mi hija. Solía evitar a mi esposa porque pensaba que no merecía ser feliz y que podría lastimarla. Poco a poco me doy cuenta de que no es muy probable que lastime a mi esposa o a mi bebé, o por lo menos de que lo haga de manera intencional. Mi esposa parece mucho más feliz ahora. Quiero aferrarme a este momento de mi vida y ofrecerles una buena vida a mi esposa y a mi hija. Me hace feliz saber que mi hija no conocerá a alguien que piensa que hay francotiradores acechándolo, o que es ansioso, que evita todo y a todos. Parece tonto, pero me alegra haber pasado por esto porque creo que gracias a eso voy a ser mejor papá y mejor persona.

Al terminar de leer Tom estaba un poco lloroso. La terapeuta le preguntó si recordaba lo que había escrito la primera vez. Tom dijo que no, por lo que ella le leyó la primera declaración de impacto. Le dijo que había recorrido un largo camino, y él estuvo de acuerdo. Juntos revisaron todo el proceso de terapia, lo que habían cubierto y los puntos de estancamiento que Tom había cuestionado. Tom dijo que seguiría usando las hojas de trabajo porque lo habían ayudado mucho a pensar en las cosas más despacio en lugar de sólo reaccionar. Hicieron una pausa en la planeación y la terapeuta le preguntó lo que haría de sentir que estaba enfrentando síntomas depresivos o del trastorno por estrés postraumático, o una anticipación de su nueva forma de pensar. Él mencionó que iba a compartir los materiales con su esposa porque ella era muy buena para ayudarlo a “no perder la cabeza”. También incluyó en su lista una revisión de los materiales que había

completado en el curso de la terapia. La sesión terminó con el examen de la meta de Tom de escribir una carta a su padre y de aumentar el contacto con sus hermanos. Planeaba usar esos contactos para descubrir más acerca de las razones del alcoholismo de su padre y de su abandono de la familia. Tom también compartió sus metas sobre el tipo de padre y esposo que esperaba ser, y de lo que sería su futuro profesional al dejar el ejército. La terapeuta lo felicitó por su disposición para realizar el esfuerzo de recuperarse de lo que le había sucedido y le deseó lo mejor con su familia y para su futuro. Tom expresó su gratitud por la terapia.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Astin, M. C., Layne, C. M., Camilleri, A. J., & Foy, D. W. (1994). Posttraumatic stress disorder in victimization related traumata. In I. J. Briere (Ed.), *Assessing and treating victims of violence: New directions for mental health services* (pp. 39–51). San Francisco: Jossey-Bass.

Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G., Axelrod, R., & Cichon, J. (1984). Sexual problems of sexual assault survivors. *Women and Health, 9*, 5–20.

Beckham, J. C., Feldman, M. E., & Kirby, A. C. (1998). Atrocities exposure in Vietnam combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder: Relationship to combat exposure, symptom severity, guilt, and interpersonal violence. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 777–785.

Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., et al. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 75–90.

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Buckley, T. C., & Taylor, A. E. (1996). Psychophysiology of posttraumatic stress disorder related to motor vehicle accidents: Replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 742–751.

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Devinei, T., Veazey, C. H., Galovski, T. E., & Mundy, E. (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 79–96.

Bowen, G. R., & Lambert, J. A. (1986). Systematic desensitization therapy with post-traumatic stress disorder cases. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: Vol. II. Traumatic stress theory, research, and intervention* (pp. 280–291). New York: Brunner/Mazel.

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*, 214–227.

Breslau, N., Davis, G. C., & Andreski, P. (1995). Risk factors for PTSD-related traumatic events: A prospective analysis. *American Journal of Psychiatry, 152*, 529–535.

Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review, 103*, 670–686.

Briere, J. (1995). *The Trauma Symptom Inventory (TSI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 607–612.

Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., & Nixon, R. D. V. (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 706–712.

Buckley, T. C., Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (1998). A confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 1091–1099.

Burt, M. R. (1980). Cultural myths and supports for rape. *Journal of Personality and Social Psychology, 38*, 217–230.

Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 965–971.

Chemtob, C., Roitblat, H. L., Hamada, R. S., Carlson, J. G., & Twentyman, C. T. (1988). A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 2*, 253–275.

Cloitre, M. (1998). Sexual revictimization: Risk factors and prevention. In V. M. Follette, J. I. Ruzek, & F. R. Abueg (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 278–304). New York: Guilford Press.

Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 70, 1067–1074.

Cloitre, M., Petkova, E., Wang, J., & Lu Lassell, F. (2012). An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depression and Anxiety, 29*, 707–717.

Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Miranda, R., & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 411–416.

Cox, B. J., Clara, I. P., & Enns, M. W. (2002). Posttraumatic stress disorder and the structure of common mental disorders. *Depression and Anxiety, 15*, 168–171.

Creamer, M., Burgess, P., & Pattison, P. (1992). Reactions to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 452–459.

Creamer, M., Morris, P., Biddle, D., & Elliott, P. (1999). Treatment outcome in Australian veterans with combatrelated posttraumatic stress disorder: A cause for cautious optimism? *Journal of Traumatic Stress, 12*, 545–558.

Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin, 130*, 228–260.

Denny, N., Robinowitz, R., & Penk, W. (1987). Conducting applied research on Vietnam combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology, 43*, 56–66.

Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual–II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.

Devilly, G. J., & Spence, S. H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 131–157.

Dohrenwend, B. P., Turner, J. B., Turse, N. A., Adams, B. G., Koenen, K. C., & Marshall, R. (2006). The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: A revisit with new data and methods. *Science, 313*, 979–982.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319–345.

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., et al. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry, 60*, 1024-1032.

Ehlers, A., Hackmann, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K., & Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: The warning signal hypothesis. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 995–1002.

Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A., & Kilpatrick, D. G. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapist, 16*, 161–162.

First, M. B., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Gibbon, M. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV — Patient Edition (SCID-P)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Foa, E. B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (manual)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems. Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 194–200.

Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. E., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., Feeny, N. C., et al. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 953–964.

Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). (2008). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 6*, 459–473.

Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.

Foa, E. B., Rothbaum, B., Riggs, D., & Murdock, T. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape

victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 715–723.

Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20*, 155–176.

Frank, E., Anderson, B., Stewart, B. D., Dancu, C., Hughes, C., & West, D. (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy, 19*, 403–420.

Frank, E., & Stewart, B. D. (1983). Treating depression in victims of rape. *Clinical Psychologist, 36*, 95–98.

Frank, E., & Stewart, B. D. (1984). Depressive symptoms in rape victims: A revisit. *Journal of Affective Disorders, 1*, 269–277.

Green, B. L. (1996). Trauma History Questionnaire. In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 366–369). Lutherville, MD: Sidran.

Griffin, M. G., Resick, P. A., & Mechanic, M. B. (1997). Objective assessment of peritraumatic dissociation: Psychophysiological indicators. *American Journal of Psychiatry, 154*, 1081–1088.

Griffin, M. G., Uhlmansiek, M. H., Resick, P. A., & Mechanic, M. B. (2004). Comparison of the Posttraumatic Stress Disorder Scale versus the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale in domestic violence survivors. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 497–504.

Gutner, C., Rizvi, S. L., Monson, C. M., & Resick, P. A. (2006). Changes in coping strategies, relationship to the perpetrator, and posttraumatic stress disorder in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 813–823.

Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L., & Milliken, C. S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *Journal of the American Medical Association, 295*, 1023–1032.

Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine, 351*, 13–22.

Holmes, M. R., & St. Lawrence, J. S. (1983). Treatment of rape-induced trauma: Proposed behavioral conceptualization and review of the literature. *Clinical Psychology Review, 3*, 417–433.

Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). New York: Aronson.

Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 113–128.

Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: Vol. I. The study and treatment of posttraumatic stress disorder* (pp. 15–35). New York: Brunner/Mazel.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.

Jordan, B. K., Marmar, C. R., Fairbank, J. A., Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Hough, R. L., et al. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 916–926.

Keane, T. M., Brief, D. J., Pratt, E. M., & Miller, M. W. (2007). Assessment and its comorbidities in adults. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 279–305). New York: Guilford Press.

Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 85–90.

Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., & Zimering, R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy, 20*, 245–260.

Keane, T. M., Kolb, L. C., Kaloupek, D. G., Orr, S. P., Blanchard, E. B., Thomas, R. G., et al. (1998). Utility of psychophysiology measurement in the diagnosis of posttraumatic stress disorder: Results from a Department of Veteran's Affairs cooperative study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 914–923.

Keane, T. M., Malloy, P. F., & Fairbank, J. A. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,*

52, 888–891.

Keane, T. M., Zimering, R. T., & Caddell, J. M. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapist, 8*, 9–12.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593–602.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617–627.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048–1060.

Kilpatrick, D. G. (1983). Rape victims: Detection, assessment and treatment. *Clinical Psychologist, 36*, 92–95.

Kilpatrick, D. G., & Amick, A. E. (1985). Rape trauma. In M. Hersen & C. Last (Eds.), *Behavior therapy casebook* (pp. 86–103). New York: Springer.

Kilpatrick, D. G., Edmunds, C. N., & Seymour, A. K. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Arlington, VA: National Victim Center.

Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Freedy, J. R. (1991). *The Potential Stressful Events Interview*. Unpublished instrument, National Crime Victims Research and Treatment Center, Medical University of South Carolina, Charleston. Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Veronen, L. J., Best, C. L., & Von, J. M. (1987). Criminal victimization: Lifetime prevalence, reporting to police, and psychological impact. *Crime and Delinquency, 33*, 479–489.

Kilpatrick, D. G., & Veronen, L. J. (1983). Treatment for rape-related problems: Crisis intervention is not enough. In L. H. Cohen, W. L. Claiborn, & G. A. Specter (Eds.), *Crisis intervention* (pp. 165–185). New York: Human Sciences Press.

Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Best, C. L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: Vol. I. The study and treatment of posttraumatic stress disorder* (pp. 114–141). New York: Brunner/Mazel.

Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Resick, P. A. (1982). Psychological sequelae to rape: Assessment and treatment strategies. In D. M. Doleys, R. L. Meredith, & A. R. Ciminero (Eds.), *Behavioral medicine: Assessment and treatment strategies* (pp. 473–497). New York: Plenum Press.

Koss, M. P., & Harvey, M. R. (1991). *The rape victim: Clinical and community interventions* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B., et al. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment, 12*, 210–224.

Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M. A., & Tremayne, K. J. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 3–18.

Kubany, E. S., Leisen, M. B., Kaplan, A. S., & Kelly, M. P. (2000). Validation of a brief measure of posttraumatic stress disorder: The Distressing Event Questionnaire (DEQ). *Psychological Assessment, 12*, 197–209.

Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., et al. (1990). *Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.

Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In J. M. Schlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (pp. 90–102). Washington, DC: American Psychological Association.

Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy, 8*, 862–886. Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., et al. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry, 167*(6), 640–647.

Lauterbach, D., & Vrana, S. R. (1996). Three studies on the reliability and validity of a self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Assessment, 3*, 17–25.

Lauterbach, D., Vrana, S., King, D. W., & King, L. A. (1997). Psychometric properties of the civilian version of the Mississippi PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 499–513.

Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 1071–1089.

Lester, K. M., Resick, P. A., Young-Xu, Y., & Artz, C. E. (2010). Impact of ethnicity on early treatment termination and outcomes in PTSD treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 4*, 480-489.

Mahoney, M. J., & Lyddon, W. J. (1988). Recent developments in cognitive approaches to counseling and psychotherapy. *Counseling Psychologist, 16*, 190–234.

Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry, 55*, 317–325.

McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 131–149.

McFall, M., Fontana, A., Raskind, M., & Rosenheck, R. (1999). Analysis of violent behavior in Vietnam combat veteran psychiatric inpatients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 501–517.

McNair, L. D., & Neville, H. A. (1996). African American women survivors of sexual assault: The intersection of race and class. In M. Hill & E. D. Rothblum (Eds.), *Classism and feminist therapy: Counting costs* (pp. 107–118). New York: Haworth.

Meichenbaum, D. H. (1985). *Stress inoculation training*. Elmsford, NY: Pergamon.

Miller, M. W., Greif, J. L., & Smith, A. A. (2003). Multidimensional Personality Questionnaire profiles of veterans with traumatic combat exposure: Externalizing and internalizing subtypes. *Psychological Assessment, 15*, 205–215. Miller, M. W., Kaloupek, D. G., Dillon, A. L., & Keane, T. M. (2004). Externalizing and internalizing subtypes of combat-related PTSD: A replication and extension using the PSY-5 scales. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 636–645.

Miller, M. W., & Resick, P. A. (2007). Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: Implications for the understanding of complex PTSD. *Behavior Therapy, 38*, 58–71.

Monson, C. M., Gradus, J. L., Young-Xu, Y., Schnurr, P. P., Price, J. A., Schumm, J. A. (2008). Change in posttraumatic stress disorder symptoms: Do clinicians and patients agree? *Psychological Assessment, 20*, 131–138.

Monson, C. M., Price, J. L., & Ranslow, E. (2005, October). Treating combat PTSD through cognitive processing therapy. *Federal Practitioner, 22*(10), 75–83.

Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y., & Stevens, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 898–907.

Morland, L. A., Hynes, A. K., Mackintosh, M., Resick, P. A., & Chard, K. M. (2011). Group cognitive processing therapy delivered to veterans via telehealth: A pilot cohort. *Journal of Traumatic Stress, 24*, 465–469.

Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning—a reinterpretation of "conditioning" and "problem-solving." *Harvard Educational Review, 14*, 102–148.

National Institute of Clinical Excellence. (2005). *Posttraumatic stress disorder (PTSD): The treatment of PTSD in adults and children*. London: Author.

Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 579–587.

Norris, F. H. (1990). Screening for traumatic stress: A scale for use in the general population. *Journal of Applied Social Psychology, 20*, 1704–1718.

Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 409–418.

Oquendo, M. A., Friend, J. M., Halberstam, B., Brodsky, B. S., Burke, A. K., Grunebaum, M. F., et al. (2003). Association of comorbid posttraumatic stress disorder and major depression with greater risk for suicidal

behavior. *American Journal of Psychiatry, 160*, 580–582.

Orr, S. P., Lasko, N. B., Metzger, L. J., Berry, N. J., Ahern, C. E., & Pitman, R. K. (1998). Psychophysiologic assessment of women with posttraumatic stress disorder resulting from childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 906–913.

Orr, S. P., Metzger, L. J., Miller, M. W., & Kaloupek, D. G. (2004). Psychophysiological assessment of PTSD. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (2nd ed., pp. 289–343). New York: Guilford Press.

Pitman, R. K., Orr, S. P., Altman, B., Longpre, R. E., Poire, R. E., & Macklin, M. L. (1996). Emotional processing during eye movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry, 37*, 419–429.

Pitman, R. K., Orr, S. P., Forgue, D. F., & Altman, B. (1990). Psychophysiologic responses to combat imagery of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder versus other anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 49–54.

Pitman, R. K., Orr, S. P., Forgue, D. F., de Jong, J., & Claiborn, J. M. (1987). Psychophysiologic assessment of posttraumatic stress disorder imagery in Vietnam combat veterans. *Archives of General Psychiatry, 44*, 970–975.

Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., & Swanson, V. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus wait list in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 299–318.

Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 30*, 635–641.

Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Camerond, R. P., Hugelshofer, D. S., Shaw-Hegwer, J., et al. (2004). The Primary Care PTSD Screen (PC-PTSD): Development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry, 9*, 9–14.

Renfrey, G., & Spates, C. R. (1994). Eye movement desensitization: A partial dismantling study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25*, 231–239.

Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O., Scher, C. D., Clum, G., & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 243–258.

Resick, P. A., Jordan, C. G., Girelli, S. A., Hutter, C. K., & Marhoeder-Dvorak, S. (1988). A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy, 19*, 385–401.

Resick, P. A., & Markaway, B. E. (1991). Clinical treatment of adult female victims of sexual assault. In C. R. Hollin & K. Howells (Eds.), *Clinical approaches to sex offenders and their victims* (pp. 261–284). London: Wiley.

Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2007). *Cognitive processing therapy: Veteran /military version*. Washington, DC: Department of Veterans Affairs.

Resick, P. A., Nishith, P., & Griffin, M. G. (2003). How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD?: An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectrums, 8*, 340–355.

Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive processing therapy, prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 867–879.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 748–756.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage.

Resick, P. A., Williams, L. F., Suvak, M. K., Monson, C. M., & Gradus, J. L. (2012). Long-term outcomes of cognitivebehavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 201–210.

Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 984–991.

Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., & Lipovsky, J. A. (1991). Assessment of rape-related posttraumatic stress disorder: Stressor and symptom dimensions. *Psychological Assessment, 3*, 561–572.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J., & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry, 38*, 381–389.

Rosenheck, R., & Fontana, A. (1996). PTSD and communitybased treatment: A commentary on "PTSD diagnosis and treatment for mental health clinicians." *Community Mental Health Journal, 32*, 191–193.

Rosenheck, R., Fontana, A., & Cottrol, C. (1995). Effect of clinician–veteran racial pairing in the treatment of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 152*, 555–563.

Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 607–616.

Rothbaum, B. O., & Foa, E. B. (1992). Exposure therapy for rape victims with post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapist, 15*, 219–222.

Rothbaum, B. O., Hodges, L. F., Ready, D., Graap, K., & Alarcon, R. (2001). Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 617–622.

Saunders, B. E., Arata, C. M., & Kilpatrick, D. G. (1990). Development of a crime-related posttraumatic stress disorder scale for women within the Symptom Checklist–90—Revised. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 439–448.

Schindler, F. E. (1980). Treatment by systematic desensitization of a recurring nightmare of a real life trauma. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 11*, 53–54.

Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, T., Chow, B. K., et al. (2007). Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 297*, 820–830.

Shalev, A. Y., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1992). Psychophysiologic response during script-driven imagery as an outcome measure in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 53*, 324–326.

Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 20*, 211–217.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.

Shay, J., & Munroe, J. (1999). Group and milieu therapy for veterans with complex posttraumatic stress disorder. In P. A. Saigh & J. D. Bremner (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text* (pp. 391–413). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Silverman, D. (1977). First do no more harm: Female rape victims and the male counselor. *American Journal of Orthopsychiatry, 47*, 91–96.

Street, A. E., Gradus, J. L., Vogt, D. S., Giasson, H. L., & Resick, P. A. (2013). Gender differences among veterans deployed in support of the wars in Afghanistan and Iraq. *Journal of General Internal Medicine, 28* (Suppl. 2), 556–562.

Sutker, P. B., Uddo-Crane, M., & Allain, A. N. (1991). Clinical and research assessment of posttraumatic stress disorder: A conceptual overview. *Psychological Assessment, 3*, 520–530.

Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., et al. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 13–18.

Tarrier, N., & Sommerfield, C. (2004). Treatment of chronic PTSD by cognitive therapy and exposure: 5-year followup. *Behavior Therapy, 35*, 231–246.

Taylor, S., Kuch, K., Koch, W. J., Crockett, D. J., & Passey, G. (1998). The structure of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 154–160.

Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Orgodniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 330–338.

Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin, 132*, 959–992.

U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *Mental health: A report of the Surgeon General*. Washington, DC: Author.

U.S. Departments of Veterans Affairs and Defense. (2010). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of PTSD*. Washington, DC: Author.

van Etten, M. L., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A metaanalysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 5*, 126–144.

Vogt, D., Smith, B., Elwy, R., Martin, J., Schultz, M., Drainoni, M.-L., et al.(2011). Predeployment, deployment, and postdeployment risk factors for posttraumatic stress symptomatology in female and male OEF/OIF veterans. *Journal of Abnormal Psychology, 120*, 819–831.

Vrana, S., & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress, 7*, 289–302.

Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). *ClinicianAdministered PTSD Scale for DSM-5*. Washington, DC: U.S. Veterans Affairs National Center for Posttraumatic Stress Disorder.

Weathers, F., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993, October). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Presentation at the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.

Weathers, F. W., & Keane, T. M. (1999). Psychological assessment of traumatized adults. In P. A. Saigh & J. D. Bremner (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text* (pp. 219–247). Boston: Allyn & Bacon.

Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, J. R. (2001). Clinician-Administered PTSD Scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety, 13*, 132–156.

Weathers, F. W., Litz, B., Keane, K. M., Palmieri, P. A., Marx, B., & Schnurr, P. P. (2013). *PTSD Checklist–5*. Washington, DC: U.S. Veterans Affairs National Center for Posttraumatic Stress Disorder.

Weathers, F. W., Ruscio, A. M., & Keane, T. M. (1999). Psychometric properties of nine scoring rules for the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale. *Psychological Assessment, 11*, 124–133.

Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale—Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). New York: Guilford Press.

Wilson, A. E., Calhoun, K. S., & Bernat, J. A. (1999). Risk recognition and trauma-related symptoms among sexually revictimized women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 705–710.

Wilson, D., Silver, S. M., Covi, W., & Foster, S. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and automatic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27*, 219–229.

Wolf, E. J., Lunney, C. A., Miller, M. W., Resick, P. A., Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (2012). The dissociative subtype of PTSD: A replication and extension. *Depression and Anxiety, 29*, 679–688.

Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Fitzgibbons, L. A., & Foa, E. B. (1999). Response of African American and Caucasian women to cognitive behavioral therapy for PTSD. *Behavior Therapy, 30*, 581–595.

Muchas personas son muy tímidas y algo inhibidas, razón por la que el sufrimiento asociado con el trastorno de ansiedad social suele minimizarse para considerarlo un rasgo común en la población que no requiere de intervenciones formales (con medicamentos o tratamientos psicológicos). Nada podría estar más lejos de la verdad. El proceso aparentemente simple de interactuar o establecer relaciones con otros provoca terror y suele ser evitado por los miembros de un segmento muy grande de la población que en algún momento de su vida sufre de ansiedad social (12% de la población y va en aumento). Sus efectos en la trayectoria profesional y calidad de vida pueden ser devastadores. Este capítulo examina la más reciente iteración de un tratamiento psicológico establecido para el trastorno de ansiedad social. Como se ha demostrado en el caso de la nueva generación de intervenciones psicológicas, la terapia cognitivo conductual ha demostrado ser significativamente mejor que otras intervenciones psicológicas, igualmente creíbles pero menos enfocadas, y su efecto es más poderoso al paso del tiempo. Así, este tratamiento se encuentra entre los mejores de la nueva generación de intervenciones psicológicas caracterizadas por su fuerza y especificidad. En este capítulo se presenta el caso de Josie y se incluye un reporte de su progreso a lo largo de un seguimiento de cinco años, lo que ilustra la madurez y complejidad de esta forma de aproximarse a la ansiedad social. D. H. B.

El *National Comorbidity Survey Replication Study (NCS-R),* que evaluó a más de 9 000 individuos no hospitalizados en EUA, encontró que 12.1% de la población presenta trastorno de ansiedad social en algún momento de su vida (Kessler *et al.,* 2005). En esta encuesta, el trastorno de ansiedad social (conocido también como fobia social; Liebowitz, Heimberg, Fresco. Travers y Stein, 2000) fue el cuarto trastorno psiquiátrico más común, sólo por debajo de trastornos como el depresivo mayor, abuso del alcohol y fobia específica. Estimaciones más conservadoras de la prevalencia durante el tiempo de vida sugieren que la ansiedad social clínicamente significativa afecta a un convincente, pero más modesto, 4% de la población (Narrow, Rae, Robins y Regier, 2002).

Cuando el trastorno de ansiedad social se incluyó como categoría diagnóstica en la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980), se creía que sólo provocaba una alteración mínima en el desempeño de las actividades. La investigación ha demostrado que el trastorno de ansiedad social puede ser bastante incapacitante. La mayoría de los individuos con dicho trastorno informan que su funcionamiento laboral, académico y social se ha visto gravemente dañado por sus temores (Acarturk, de Graaf, van Straten, ten Have y Cuijpers, 2008; Aderka *et al.,* 2012; Katzelnick *et al.,* 2001; Schneier *et al.,* 1994). En comparación con sus pares no ansiosos, los individuos con trastorno de ansiedad social dicen tener menos amigos y parejas (Rodebaugh, 2009; Wenzel, 2002), y su probabilidad de contraer matrimonio es menor, incluso en comparación con personas con otros trastornos de ansiedad.

En un estudio realizado en individuos con una edad promedio entre 30 y 35 años, 50% de quienes presentaban trastorno de ansiedad social no se habían casado nunca en comparación con 36% de los individuos con el trastorno de pánico y agorafobia, y con 18% de quienes presentaban el trastorno de ansiedad generalizada (Sanderson, Di Nardo, Rapee y Barlow, 1990). En otro estudio, individuos con trastorno de ansiedad social eran más propensos que sus contrapartes no ansiosas a tener un empleo de un nivel inferior a su grado académico y a suponer que sus supervisores pensaban que no encajaban en el ambiente de trabajo (Bruch, Fallon y Heimberg, 2003). Los síntomas de la ansiedad social se asocian también con un bajo nivel de satisfacción con la vida, incluso después de considerar el nivel de discapacidad generado por esos síntomas (Hambrick, Turk, Heimberg, Schneier y Liebowitz, 2003).

El trastorno de ansiedad social suele iniciar en la niñez temprana o la adolescencia (Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz y Weissman, 1992), por lo general sigue un curso que no remite en muestras clínicas (Bruce *et al.,* 2005). No obstante, la mayoría de los individuos con este trastorno no buscan tratamiento a menos que desarrollen otro trastorno (Schneier *et al.,* 1992). En contraste, las tasas de remisión han sido más altas en muestras epidemiológicas que en las muestras clínicas (Blanco *et al.,* 2011; Vriends, Becker, Meyer, Williams *et al.,* 2007).

Entre 70 y 80% de las personas con trastorno de ansiedad social cumplen los criterios para otros diagnósticos y, en la mayoría de los casos, el trastorno de ansiedad social antecede al inicio de la condición comórbida (W. J. Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle y Kessler, 1996; Schneier *et al.,* 1992). En muestras comunitarias los diagnósticos adicionales más comunes incluyen fobia específica, agorafobia, depresión mayor y trastornos por el consumo de alcohol (W. J. Magee *et al.,* 1996; Schneier *et al.,* 1992). En comparación con los individuos con trastorno de ansiedad social no complicado, quienes además de ese trastorno presentan otros trastornos comórbidos, muestran tasas más elevadas de intentos suicidas, suelen reportar deterioro importante en el desempeño de actividades y es más común que usen medicamentos para controlar sus síntomas (W. J. Magee *et al.,* 1996; Schneier *et al.,* 1992).

La comorbilidad también se asocia con disfunciones más graves antes y después de la

terapia cognitivo conductual, aunque los individuos con y sin condiciones comórbidas obtienen ganancias similares (Erwin, Heimberg, Juster y Mindlin, 2002). Este tipo de trastornos (T2) del estado de ánimo se asocian más con deterioro que los trastornos comórbidos de ansiedad (Erwin et al., 2002).

SUBTIPOS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACIÓN

Los individuos con ansiedad social son un grupo heterogéneo en términos de la generalidad o gravedad de sus temores. Muchos de ellos presentan una gama de temores sociales, incluyendo miedo a la interacción social (p. ej., salir con una pareja, unirse a una conversación, ser asertivo), miedo al desempeño (p. ej., hablar en público, tocar frente a otros un instrumento musical), y el miedo a la observación (p. ej., trabajar frente a otros, caminar por la calle). En las ediciones anteriores del DSM este trastorno se etiquetaba como un subtipo **generalizado** del trastorno de ansiedad social, término que no aparece ya en el DSM-5. En lugar de ello se incluye un subtipo **sólo de desempeño,** lo que describe a los individuos para quienes el temor se restringe a hablar o desempeñarse en público (American Psychiatric Association, 2013).

En relación con el subtipo **sólo de desempeño** del DSM-5, en muchas situaciones se ha asociado la ansiedad social con una edad más temprana de inicio, un menor logro educativo, tasas más altas de desempleo y mayor probabilidad de permanecer soltero (Heimberg, Hope, Dodge y Becker, 1990; Mannuzza *et al.,* 1995). Este grupo también experimenta más depresión, ansiedad, evitación, miedo a la evaluación negativa y daño funcional (p. ej., Brown, Heimberg y Juster, 1995; Herbert, Hope y Bellack, 1992; Turner, Beidel y Townsley, 1992). No obstante, después de la terapia cognitivo conductual los clientes que temen a muchas situaciones sociales mejoran tanto como quienes sólo temen a las situaciones de desempeño (Brown *et al.,* 1995; Hope, Herbert y White, 1995; Turner, Beidel, Wolff, Spaulding y Jacob, 1996). Sin embargo, dado que los clientes que presentan múltiples temores sociales empiezan el tratamiento con daño mayor después de recibir la misma cantidad de sesiones de tratamiento, por lo que pueden necesitar un tratamiento más prolongado para obtener resultados similares a los obtenidos por quienes presentan el subtipo **sólo de desempeño.** Con todo, no se ha demostrado con claridad que el esquema de subtipificación del DSM-5 proporcione más información que un simple conteo del número de situaciones sociales temidas (Vriends, Becker, Meyer, Michael y Margraf, 2007).

Con excepción del subtipo **sólo de desempeño,** el trastorno de ansiedad social comparte muchas características con el trastorno de personalidad por evitación. En el sistema actual de diagnóstico, el trastorno de personalidad por evitación se caracteriza por un patrón prolongado de "inhibición social, sentimientos de ineptitud e hipersensibilidad a la evaluación negativa" (American Psychiatric Association, 2013, p. 672).

Dada la semejanza entre la descripción de ambos trastornos, no resulta sorprendente que muchos individuos que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad social también cumplan los que corresponden al trastorno de personalidad por evitación. En muestras tanto clínicas como comunitarias (Cox, Pagura, Stein y Sareen, 2009; Huppert, Strunk, Ledley, Davidson y Foa, 2008; Marques *et al.,* 2012) se encontró que individuos que cumplían los criterios del trastorno de ansiedad social y trastorno de personalidad por

evitación mostraban más depresión, mayor deterioro funcional y menor calidad de vida. Sin embargo, en otro estudio no se encontraron tales diferencias cuando se controló la gravedad de la ansiedad social (Chambless, Fvdrich y Eodebaugh, 2008). La descripción más parsimoniosa de la relación entre el trastorno de ansiedad social y el trastorno de personalidad por evitación puede ser que no se trata de trastornos diferentes y que las personas que cumplen los criterios de ambos simplemente son las más gravemente afectadas por el trastorno de ansiedad social (Chambless *et al.,* 2008; Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer y Liebowitz, 1993). Respecto con el resultado del tratamiento, algunos estudios han encontrado que los clientes con y sin el trastorno comórbido de personalidad por evitación obtienen mejoras similares (Brown *et al.,* 1995; Hope, Herbert *et al.,* 1995), aunque otros han encontrado que el trastorno comórbido de personalidad por evitación se asocia con una menor respuesta al tratamiento (Chambless, Tran y Glass, 1997; Feske, Perry, Chambless, Renneberg y Goldstein, 1996), a pesar de que en un estudio se encontró mayor mejoría al inicio del proceso de tratamiento (Huppert *et al.,* 2008). Igual que sucede con los individuos que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad social, es posible que los clientes con el trastorno de personalidad por evitación requieran tratamiento prolongado para obtener un resultado óptimo.

RESUMEN DE LA LITERATURA SOBRE EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO

Los investigadores han estudiado la eficacia de una gran variedad de tratamientos para el trastorno de ansiedad social entre los que se encuentran el entrenamiento de habilidades sociales, la terapia cognitiva, el entrenamiento de relajación, la exposición, la psicoterapia interpersonal, la psicoterapia de apoyo con orientación dinámica y diversas terapias farmacológicas. Esta revisión sólo examina los estudios que han probado la eficacia de la combinación de la terapia de exposición y el tratamiento cognitivo. Dicha combinación ha sido la forma de intervención psicosocial estudiada con más frecuencia para el trastorno de ansiedad social y representa el meollo de la intervención descrita en este capítulo (en los trabajos de Pontoski, Heimberg, Turk y Coles, 2010; así como de Wong, Gordon y Heimberg, 2012, puede encontrar revisiones más amplias de la literatura sobre los resultados del tratamiento).

En muchos casos los investigadores han tratado de demostrar que la eficacia de la exposición mejora al añadir la reestructuración cognitiva, aunque los resultados de esos esfuerzos no han sido concluyentes. Un metaanálisis realizado por Powers, Sigmarsson y Emmelkamp (2008) no reveló mayor beneficio cuando se sumó la reestructuración cognitiva a la exposición. Sin embargo, un metaanálisis más reciente de Ougrin (2011) demostró diferencia significativa a favor de esta combinación, sin importar que se evaluara inmediatamente después del tratamiento o durante el seguimiento. Esta diferencia fue evidente en el tratamiento del trastorno de ansiedad social, pero no de otros trastornos de ansiedad.

Heimberg, Dodge y colaboradores (1990) condujeron la primera prueba controlada de su grupo de tratamiento para el trastorno de ansiedad social, que incluía exposición integrada, reestructuración cognitiva y asignación de tareas (es decir, terapia cognitivo conductual de grupo [TCCG]). Este tratamiento se comparó con un tratamiento de control de atención que incluía dar información sobre el trastorno de ansiedad social y terapia grupal de apoyo no directiva. Los participantes que recibieron terapia cognitivo conductual de grupo reportaron menos ansiedad durante una prueba conductual individualizada y, en comparación con los participantes del grupo control, tenían mayor probabilidad de que un asesor clínico considerara que habían mejorado. Un seguimiento de cinco años de un subconjunto de los participantes en la muestra original indicó que los individuos que habían recibido la terapia cognitivo conductual de grupo tenían mayor probabilidad de mantener su mejoría que participantes comparables del grupo de control de atención (Heimberg, Salzman, Holt y Blendell, 1993).

En un análisis de componentes de la terapia cognitivo conductual de grupo, Hope, Heimberg y Bruch (1995) reportaron que esta terapia y la sola exposición eran más efectivas que un control por lista de espera. En el postest se encontró cierta evidencia de que la condición de exposición sola era más eficaz que la terapia cognitivo conductual de grupo, aunque esas diferencias desaparecieron en un seguimiento hecho a los seis meses.

En un estudio realizado en dos sitios, 133 clientes fueron asignados al azar a alguna de

las siguientes condiciones: terapia cognitivo conductual de grupo, fenelzina (que es un inhibidor de monoaminooxidasa), a una píldora placebo o a la terapia de control de atención desarrollada por Heimberg, Dodge y colaboradores (1990; Heimberg *et al.,* 1998). En el postest, asesores independientes clasificaron a 21 de 28 individuos que completaron la terapia cognitivo conductual de grupo (75%; 58% de la muestra por intención de tratar [ITT, por sus siglas en inglés]) y 20 de 26 personas que completaron el tratamiento con fenelzina (77%; 65% de la muestra por intención de tratar) como individuos que respondieron al tratamiento. Las tasas de respuesta para los clientes que recibieron fenelzina y terapia cognitivo conductual de grupo fueron significativamente mejores que las de quienes recibieron el placebo o la psicoterapia por control de la atención.

En la segunda fase de este estudio, los clientes que respondieron a la terapia cognitivo conductual de grupo o a la fenelzina continuaron un tratamiento adicional de mantenimiento durante seis meses y un periodo de seguimiento durante seis meses (Liebowitz *et al.,* 1999). Al final del estudio, 50% de los clientes que recibieron fenelzina y que habían respondido recayeron en comparación con sólo 17% de quienes recibieron la terapia cognitivo conductual de grupo.

Otro estudio examinó la eficacia de la terapia cognitivo conductual de grupo por si sola, en comparación con la fenelzina y en combinación con ésta (Blanco *et al.,* 2010). Las tasas de respuesta en el postest sugirieron que el tratamiento combinado fue superior al placebo, pero que la terapia cognitivo conductual de grupo y la fenelzina por si solas no diferían entre sí del tratamiento combinado o del placebo. Sin embargo, un examen adicional sugirió que la fenelzina a menudo superaba a la terapia cognitivo conductual de grupo en esos análisis a corto plazo, lo que es congruente con los hallazgos de Heimberg y colaboradores (1998).

Dos estudios compararon a la terapia cognitivo conductual de grupo con tratamientos de mindfulness y con base en la aceptación. Koszyski, Benger, Shilk y Bradwejn (2007) compararon la terapia cognitivo conductual de grupo con la reducción del estrés con base en mindfulness (MBSR; Kabat-Zinn, 1990). En este estudio, la reducción del estrés conforme mindfulness incluía ocho sesiones grupales de dos horas y media y un retiro de meditación durante todo un día. Ambos tratamientos produjeron mejoras en el estado de ánimo, el funcionamiento y la calidad de vida. Sin embargo, la terapia cognitivo conductual de grupo se asoció con disminuciones significativamente mayores en la ansiedad social calificada por la persona y por el clínico, así como con tasas más elevadas de respuesta y remisión. Piet, Hougaard, Hecksher y Rosenberg (2010) compararon la terapia cognitivo conductual de grupo con la terapia cognitiva con base en mindfulness (MBCT; Segal, Williams y Teasdale, 2002) en adultos jóvenes (de 18 a 25 años) con ansiedad social. Por medio de un diseño cruzado se asignó aleatoriamente a los participantes a ocho sesiones de dos horas de terapia cognitiva con base en mindfulness y a 12 sesiones de dos horas de terapia cognitivo conductual de grupo. La primera produjo efectos moderados ($d = 0.78$) que eran inferiores, pero no significativamente diferentes a los producidos por la terapia de grupo ($d = 1.15$), y los participantes siguieron mejorando

durante el periodo de seguimiento de seis meses.

Recientemente, concluyó un estudio con control por lista de espera de la versión individual de este tratamiento (Ledley *et al.,* 2009). El tratamiento cognitivo conductual individual superó de manera sistemática a la lista de espera en las pruebas de autorreporte y pruebas aplicadas por el clínico para evaluar la ansiedad social. Los tamaños del efecto fueron grandes y el abandono fue poco. Esos hallazgos positivos fueron reproducidos por Goldin y colaboradores (2012) en una muestra independiente.

Los ensayos controlados realizados por Clark sobre el uso de la terapia cognitiva para tratar la ansiedad social también han arrojado tamaños del efecto grandes y resultados prometedores. Esta terapia incluye exposición y reestructuración cognitiva y enfatiza la identificación y eliminación de conductas de seguridad. En la terapia cognitiva, terapeuta y paciente crean una conceptualización personalizada de los factores que mantienen la ansiedad social del paciente (p. ej., pensamientos idiosincrásicos, imágenes, conductas de seguridad y estrategias atencionales). Durante la terapia, se compara el desempeño anticipado con el desempeño real por medio de retroalimentación en video para modificar las representaciones personales negativamente distorsionadas. Además, el terapeuta alienta que la atención se desvíe de las experiencias aversivas internas (es decir, de los síntomas de ansiedad) para enfocarse en la tarea inmediata. La terapia cognitiva ha demostrado ser eficaz en individuos con el trastorno de ansiedad social (Clark *et al.,* 2003; 2006), además de ser superior a la terapia interpersonal (Stangier, Schramm, Heidenreich, Berger y Clark, 2011). En una evaluación realizada después de cinco años se mantenían las ganancias obtenidas en la terapia cognitiva (Mörtbgerg, Clark y Bejerot, 2011).

En resumen, parece que un paquete combinado de exposición y reestructuración cognitiva es una intervención efectiva para el trastorno de ansiedad social. La limitada cantidad de estudios y los resultados contradictorios hacen más difícil determinar si es más eficaz que la exposición sola. Sin embargo, para los profesionales es más importante la evidencia creciente de que tres de cuatro clientes con el trastorno de ansiedad social pueden alcanzar un cambio clínicamente significativo, después de un ensayo intensivo de exposición combinada con reestructuración cognitiva.

MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL INTEGRADO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

Heimberg, Brozovich y Rapee (2010) actualizaron recientemente el modelo cognitivo conductual integrado, propuesto por Rapee y Heimberg (1997) para describir cómo procesan la información los individuos con el trastorno de ansiedad social cuando enfrentan una situación en que pueden recibir una evaluación negativa. El proceso empieza cuando los individuos con ansiedad social tienen que salir "a escena" en presencia de otros, se trate de un discurso, una interacción social o cualquier otra situación en que la persona puede ser observada. Las personas con ansiedad social perciben que la audiencia es inherentemente crítica (p. ej., Leary, Kowalski y Campbell, 1988) y que tiene estándares que no es probable que alcancen (p. ej., Wallace y Alden, 1991).

Cuando están frente a una audiencia, los individuos con ansiedad social construyen una representación mental de cómo los ven los demás.

Esta representación mental de sí mismos incluye imágenes negativas y distorsionadas en que el sí mismo es visto desde la perspectiva de un observador (Hackmann, Surawy y Clark, 1998). Se ha encontrado que esas imágenes están relacionadas con recuerdos tempranos de sucesos sociales adversos, como el hecho de haber sufrido acoso (Hackmann, Clark y McMannus, 2000). Por ejemplo, una paciente describió las burlas despiadadas que recibió en la adolescencia de sus pares por ser alta y muy delgada. Aunque en el momento del tratamiento era una mujer atractiva, todavía describía su apariencia como "larguirucha", "desgarbada" y "fea". La investigación ha demostrado también que las personas con ansiedad social juzgan su conducta con mayor severidad que observadores objetivos (Rapee y Lim, 1992; Stopa y Clark, 1993) y que sobreestiman la visibilidad de su ansiedad en relación a las evaluaciones de observadores objetivos (Bruch, Gorsky, Collins y Berger, 1989; Norton y Hope, 2001). Es indudable que esas creencias tienen un impacto negativo en su imagen de la impresión que causan en otros. En la imagen de sí mismos influyen, además, señales internas (p. ej., las sensaciones somáticas de sudoración pueden producir imágenes de gotas de sudor que escurren por el rostro) y señales externas como las reacciones de otros (p. ej., una persona que frunce el ceño al ver su ropa puede dar lugar a imágenes de que luce desaliñado).

Las creencias de que son inaceptables para otras personas, que los demás son críticos y que su evaluación es en extremo importante motiva a los individuos con trastorno con ansiedad social a mostrarse hipervigilantes ante el menor indicio de desaprobación en otros (p. ej., fruncir el ceño, bostezos) y a aspectos de su propia conducta o apariencia que pueden provocar la evaluación negativa de los demás (p. ej., hacer un comentario tonto, no llevar la ropa apropiada, temblar visiblemente). La división de los recursos atencionales entre amenazas sociales externas, la representación mental (distorsionada) de cómo ven a la persona los demás, y las demandas de la tarea social actual **pueden** dar lugar a déficits en el desempeño, que a su vez pueden provocar retroalimentación social

negativa. En efecto, las personas con ansiedad social operan en el equivalente de un paradigma de tareas múltiples, lo que incrementa la probabilidad de que el desempeño social se vea afectado (MacLeod y Mathews, 1991). Por consiguiente, las tareas sociales complejas tienen mayor probabilidad que las tareas menos complejas de generar un mal desempeño debido a los limitados recursos de procesamiento.

Las personas con trastorno de ansiedad social también intentan predecir los estándares que la audiencia tiene para ellos en la situación. Las características de la audiencia) p. ej., importancia, atractivo) y las de la situación (p. ej., si es formal o informal) influyen en los estándares proyectados de la audiencia. Los individuos con trastorno de ansiedad social intentan juzgar el grado en que su representación mental de su apariencia y su conducta coincide con los estándares pronosticados de la audiencia. Por supuesto, dado el sesgo negativo presente en la representación mental de sí mismos, es factible que lleguen a la conclusión de que están muy lejos de las expectativas de la audiencia y que es probable que se generen resultados dolorosos como la pérdida del estatus social. Las predicciones negativas dan lugar a síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos de ansiedad que a la larga repercuten en la representación mental negativa de cómo ven los demás al sí mismo y perpetúan el ciclo de ansiedad.

Un cambio reciente en el modelo aborda lo que se piensa que es el temor central en el trastorno de ansiedad social, caracterizado por lo general como temor a la evaluación negativa. Sin embargo, la investigación reciente sugiere que los individuos con ansiedad social temen a **cualquier** evaluación, sea negativa o positiva (p. ej., Weeks, Heimberg, Rodebaugh y Norton, 2008). El temor a la evaluación positiva puede surgir cuando el desempeño social exitoso activa la creencia de que los demás esperarán que se mantenga el éxito en las interacciones sociales futuras, pero la persona duda de su habilidad para cumplir esas expectativas. No obstante, el constructo del temor a la evaluación positiva se deriva de un modelo evolutivo del trastorno de ansiedad social que plantea que los individuos con este trastorno se esfuerzan por no atraer la atención hacia sí mismos para mantener su (bajo) estatus social (Gilbert, 2001). De este modo, no se arriesgan a perder estatus ni tienen que entrar en conflicto con personas más poderosas para defender cualquier estatus social elevado que pudieran haber alcanzado. La actualización al modelo de Rapee y Heimberg refleja esta línea de pensamiento y el modelo propone ahora que las personas con ansiedad social temen y atienden a las señales de evaluación, sin importar la valencia. En la figura 3-1 se presenta el modelo actualizado por Heimberg y colaboradores (2010).

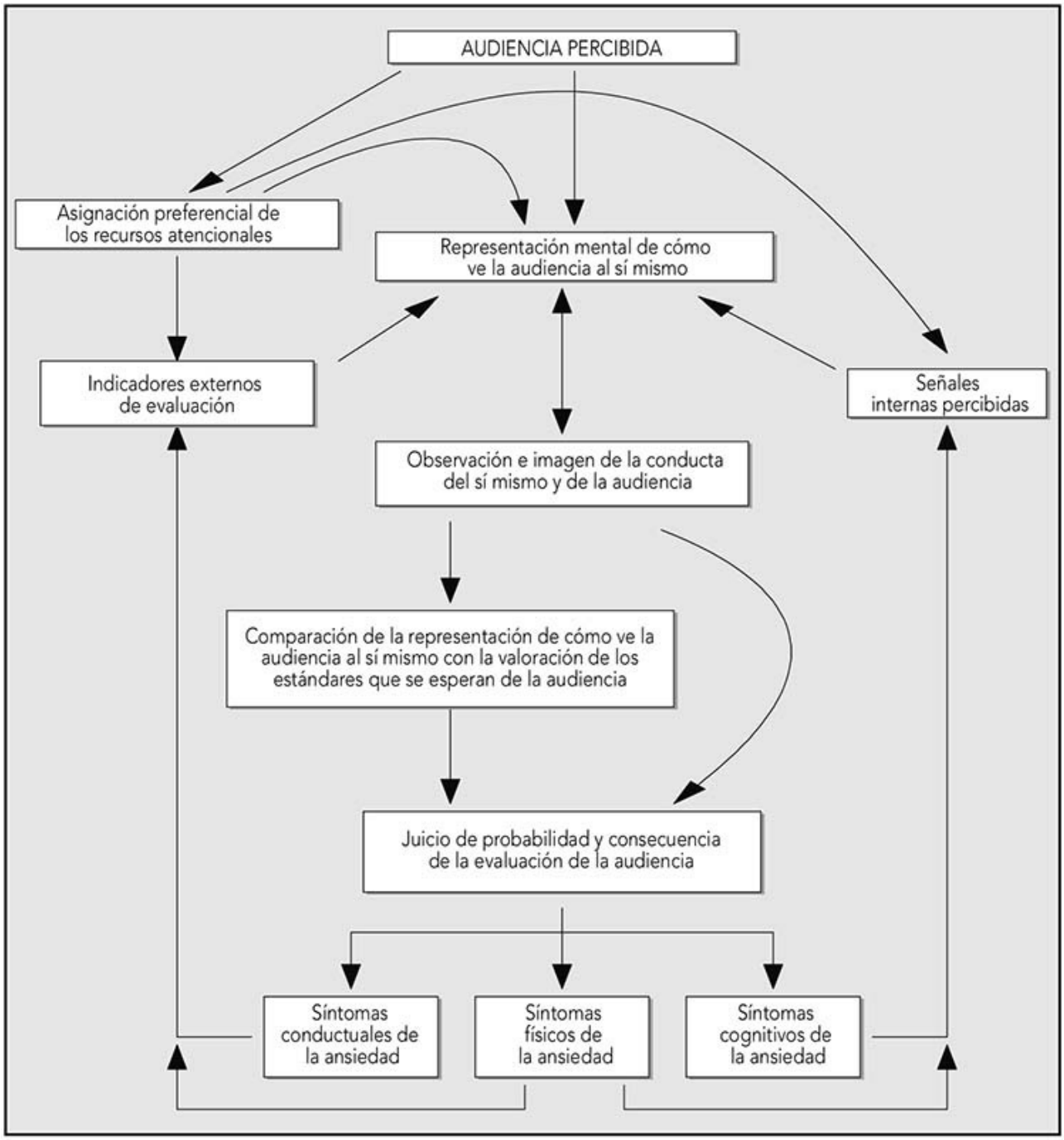


Figura 3-1. Actualización del modelo cognitivo conductual del trastorno de ansiedad social. Tomado de Heimberg, Brozovich y Rapee (2010, Figura 15.2, p. 416). Copyright 2010 de Elsevier Limited. Reproducido con autorización.

LÓGICA DEL TRATAMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA COGNITIVO CONDUCTUAL

El corazón de nuestra aproximación al tratamiento es la integración de la exposición y la reestructuración cognitiva (Heimberg y Becker, 2002; Hope, Heimberg y Turk, 2010a, 2010b). La exposición es benéfica por distintas razones que se comunican al cliente. Uno de los aspectos más importantes de la exposición es la oportunidad de poner a prueba las creencias disfuncionales (p. ej., "Me sentiré tan ansioso que no podré terminar el discurso") y generar formas más realistas de entenderse y entender a los demás (p. ej., "Puedo seguir con el discurso aunque me ponga ansioso").

La exposición también permite a los clientes experimentar la disminución de la ansiedad que de manera natural ocurre cuando se permanece en una situación temida por un periodo prolongado en varias ocasiones (es decir, habituación). Además, la exposición permite a los clientes practicar habilidades conductuales que durante mucho tiempo fueron evitadas (p. ej., pedirle a alguien una cita, ser asertivo) y realizar conductas que sean congruentes con sus metas personales (p. ej., charlar con gente nueva puede dar lugar a amistades en el futuro).

La reestructuración cognitiva también es importante por varias razones que se informan a los clientes, quienes aprenden a tratar como hipótesis los pensamientos y creencias que les provocan ansiedad y a explorar si son la forma más útil o realista de ver la situación, a sí mismos y a los demás. A medida que los clientes perciben menos amenaza en las situaciones sociales suelen mostrarse más dispuestos a confrontarlas en la exposición. Además, abordar las cogniciones disfuncionales, a menudo libera recursos atencionales que pueden emplearse para concentrarse en la tarea social inmediata y mejorar el desempeño. La reestructuración cognitiva también ayuda a los clientes a asumir el mérito por los éxitos y afrontar las decepciones luego de las exposiciones. El uso de las habilidades cognitivas para diluir el procesamiento posterior al evento es de gran importancia, toda vez que la rumiación posterior al suceso que provocó la ansiedad se asocia con una mayor ansiedad, antes de confrontar otro evento que provoca ansiedad (para una revisión consulte el trabajo de Brozovich y Heimberg, 2008). Por último, a medida que las evaluaciones cognitivas de los clientes sobre el peligro inherente a las situaciones sociales se vuelven más realistas, también suelen disminuir sus síntomas fisiológicos de ansiedad.

Las exposiciones durante la sesión, y la práctica de la reestructuración cognitiva antes, durante y después de cada exposición son particularmente importantes. Con las muestras de aliento y el apoyo emocional del terapeuta los clientes suelen mostrarse dispuestos a realizar en la sesión conductas que han evitado durante muchos años. Las exposiciones exitosas durante la sesión pueden darles la confianza y motivación para probar esas conductas en el mundo real. Además, graduar las exposiciones durante la sesión es más sencillo que en las exposiciones *en vivo*. Por ejemplo, un cliente al que le aterran las disertaciones formales en público puede participar durante la sesión en una exposición inicial que incluya leer en voz alta el artículo de una revista mientras está sentado. En la

siguiente exposición puede pedírsele que permanezca de pie mientras lee el artículo en voz alta y que luego responda preguntas de una pequeña audiencia. Las exposiciones durante la sesión ofrecen al terapeuta la oportunidad de enseñar a los clientes los principios de la exposición eficaz, como permanecer en una situación social temida durante un periodo prolongado sin evitarla, incluso si la ansiedad aumenta. En las exposiciones durante la sesión el terapeuta puede identificar cualquier conducta sutil de evitación (es decir, conductas de seguridad) empleada por el cliente para manejar la ansiedad. Por ejemplo, un cliente que teme que otras personas lo rechacen si llegan a conocerlo personalmente puede bombardear a su interlocutor con preguntas y no revelar información personal. Una paciente que teme la reacción de otros a su forma de hablar podría no levantar la mirada de sus notas de modo que no pueda ver rostros aburridos o críticos (y, por supuesto, tampoco tener nunca la oportunidad de ver interés y aprobación en otros rostros). Como advirtieron Clark y Wells (1995), esas conductas de seguridad son en esencia intentos de evitar los resultados temidos, aunque pueden tener el efecto involuntario de hacer que los individuos parezcan socialmente torpes y aumentar la probabilidad de provocar reacciones negativas en los otros. Además, los clientes no aprenden que podrían haber manejado la situación social igual de bien, si no es que mejor, sin realizar las conductas de seguridad. Las exposiciones durante la sesión dan al terapeuta la oportunidad de señalar esas conductas y establecer metas para la siguiente exposición que impliquen la confrontación plena de la situación temida (p. ej., mirar a la audiencia durante la alocución, revelar información personal durante una conversación). Las exposiciones durante la sesión también permiten que los clientes reciban retroalimentación directa sobre su desempeño social de una forma que no suele ser posible en la vida real. Por ejemplo, una cliente que cree que tiembla tanto cuando habla en público que los demás se compadecen de ella puede preguntar a quienes estuvieron presentes en la exposición qué tan evidente era su temblor y qué pensaban de ella (una audiencia rara vez contestará que una persona ansiosa le causó pena). Por último, las exposiciones durante la sesión permiten que el terapeuta ayude a los clientes a aplicar las habilidades de reestructuración cognitiva a una situación real que les causa ansiedad. Una vez que empiezan las exposiciones durante la sesión, se asignan tareas que incluyen la confrontación de situaciones similares fuera de la sesión. Igual que en las exposiciones durante la sesión, se pide a los clientes que realicen actividades de reestructuración cognitiva antes, durante y después de la exposición *en vivo*.

Tratamiento de grupo contra tratamiento individual

Es común el uso de un formato de grupo para llevar a cabo el tratamiento del trastorno de ansiedad social (p. ej., Blanco *et al.,* 2010; Heimberg, Dodge *et al.,* 1990*;* Heimberg *et al*., 1998) por considerar que dicho formato posee varias ventajas sobre el formato individual.

Proporciona oportunidades para el aprendizaje vicario, permite recibir apoyo de otras personas que sufren problemas similares, hace posible tener acceso a múltiples compañeros para el juego de roles, favorece la exposición informal que resulta de la participación en el grupo y el contacto con personas muy diversas que ofrecen evidencia para contrarrestar el pensamiento distorsionado (Heimberg y Becket, 2002; Sank y Shaffer, 1984). No obstante, el formato grupal también adolece de desventajas potenciales. El tratamiento no puede empezar mientras no se haya reunido un grupo de aproximadamente seis personas, esto significa que los primeros individuos que se unen al grupo quizá deban esperar un periodo prolongado antes de empezar el tratamiento, por lo que algunos de ellos pierden la motivación y se retiran antes de que empiece el grupo. El tratamiento grupal también es menos flexible respecto con la recuperación de las sesiones perdidas, aunque permite el aprendizaje vicario, este beneficio puede ser anulado por el menor tiempo disponible para las necesidades idiosincrásicas de cada cliente. A nivel clínico, algunos clientes parecen desanimarse y perder motivación cuando ven que otros miembros del grupo progresan a un ritmo más rápido que ellos. Además, aunque se hacen esfuerzos para identificar a los miembros potenciales del grupo, es posible que se incluya a un participante que tenga un impacto negativo en el grupo por ser dominante, agresivo o difícil de manejar. Por último, algunos individuos pueden no habituarse por completo al escenario de grupo y su ansiedad puede interferir con su capacidad para procesar la información durante las sesiones.

Los pocos datos disponibles plantean el problema de qué formato de la terapia, individual o grupal, arroja mejores resultados. En un metaanálisis, Powers y colaboradores (2008) informaron que, en el caso del trastorno de ansiedad social, las intervenciones cognitivo conductuales tanto grupal como individual producían tamaños del efecto similares, aunque otro metaanálisis realizado en una pequeña muestra de estudios (Aderka, 2009) sugirió una modesta ventaja del tratamiento individual. Rara vez se ha comparado a los formatos grupal e individual en el mismo estudio. Scholing y Emmelkamp (1993) examinaron diversas combinaciones de exposición y reestructuración cognitiva entregadas en formato grupal o individual sin encontrar una clara ventaja para cualquier modalidad de tratamiento. De igual modo, Wlazlo, Schroeder-Hartwig, Hand, Kaiser y Münchau (1990) no encontraron diferencia en el resultado de un tratamiento de exposición grupal e individual. Un estudio encontró que una versión individual de la terapia cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad social era superior a la versión de grupo, y que ambos formatos eran superiores a una lista de espera (Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach y Clark, 2003). Sin embargo, los datos no sugieren una

clara ventaja para cualquier modalidad en el tratamiento del trastorno de ansiedad social.

Heimberg y Becker (2002) hacen una descripción de la terapia cognitivo conductual de grupo para el trastorno de ansiedad social. Este capítulo ofrece una descripción de la versión individual del tratamiento que ha acaparado nuestra atención en años recientes (vea también el trabajo de Hope *et al.,* 2010a; 2010b).

Clientes apropiados

En estudios de tratamiento hechos a la fecha, el diagnóstico principal de los participantes ha sido trastorno de ansiedad social. Como se mencionó, este trastorno suele ser comórbido con otros trastornos (W. J. Magee *et al.,* 1996; Schneier *et al.,* 1992), en cuyo caso clínico y cliente deben llegar a la decisión conjunta de que el tratamiento se enfocará en la ansiedad social durante un periodo específico (p. ej., 16 semanas). Clínicamente es importante aclarar esta cuestión antes de empezar el tratamiento porque no es inusual que al llegar el momento de comenzar las exposiciones algunos clientes expresen su deseo de cambiar el foco del tratamiento a otro problema. En general, nuestra política es recordar al cliente el contrato y las metas originales del tratamiento y animarlo a "evitar la evitación". En algunos casos, ciertos cambios en los síntomas o circunstancias en la vida del cliente implican que la mejor decisión clínica es cambiar el foco del tratamiento. No obstante, existe renuencia a cambiar el plan de tratamiento cuando el deseo del cliente de modificar el centro del tratamiento coincide con el inicio de las exposiciones. Los terapeutas que no cuentan con una sólida formación en la terapia cognitivo conductual o la terapia de exposición pueden verse en riesgo por modificar con demasiada facilidad el centro del tratamiento, lo que en parte se debe a que les resulta incómodo conducir las exposiciones dentro de la sesión. En ocasiones puede alcanzarse un compromiso en que las exposiciones se mantienen en el plan de tratamiento, pero se deja cierto tiempo de la sesión para lidiar con otros problemas.

Terapeutas apropiados

El terapeuta ideal posee una sólida formación en los sustentos teóricos de la terapia cognitivo conductual para los trastornos de ansiedad, experiencia en la conducción de las exposiciones, buenas habilidades básicas en la terapia y, en particular, experiencia con la ansiedad social. Se sabe poco acerca de la efectividad de los tratamientos basados en manuales cuando estos son llevados a la práctica por clínicos sin entrenamiento exhaustivo en los procedimientos y fundamentos teóricos del manual (Chambless y Ollendick, 2001), aunque se van acumulando datos que sugieren que los tratamientos descritos aquí u otros similares conservan su eficacia cuando se realizan en escenarios comunitarios (Gaston, Abbott, Rapee y Neary, 2006; Lincoln *et al., 2003;* McEvoy, 2007; McEvoy, Nathan, Rapee y Campbell, 2012).

Nuestra experiencia clínica sugiere que, con buena supervisión, este tratamiento puede ser implementado con éxito por terapeutas novatos con sus primeros clientes (de hecho, el cliente que se presenta más adelante fue tratado por L. Magee, que en ese momento era una terapeuta novata) y por terapeutas experimentados con una orientación teórica

distinta a la cognitivo conductual. Es probable que los clínicos experimentados con buena formación cognitivo conductual se desempeñen muy bien en el trabajo independiente con este tratamiento basado en el manual. Además, tanto el libro de ejercicios del cliente (Hope *et al.,* 2010a) como la guía del terapeuta (Hope *et al.,* 2010b) se diseñaron con la intención de que fueran lo suficientemente detallados para permitir que terapeutas de antecedentes muy diversos ofrecieran este tratamiento, aunque en los primeros casos o los casos más complejos sería conveniente que contaran con la supervisión y, o consulta con un terapeuta cognitivo conductual experimentado.

Medicación y terapia cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad social

Muchos clientes están tomando ya medicamentos psicotrópicos cuando se presentan a solicitar terapia. Algunos los toman para controlar su ansiedad social mientras que otros lo hacen para condiciones comórbidas. En el equipo de trabajo no se pide a los clientes que dejen de tomar medicamentos antes de empezar la terapia cognitivo conductual (a menos que así lo establezca el protocolo de investigación específico). Pero se les pide que estabilicen su dosis antes de empezar el tratamiento y que se abstengan de cambiarla o de iniciar cualquier medicamento nuevo durante el tratamiento. Clínicamente, se desea que los clientes atribuyan los cambios positivos en sus síntomas al trabajo realizado en la terapia, más que a los cambios en su régimen de medicamentos. A los individuos que consumen medicamentos según lo requieran se les pide que no los tomen antes de las sesiones o de las tareas de exposición. La misma petición se hace a los individuos que consumen fármacos sin receta, alcohol y otras sustancias para controlar su ansiedad.

EVALUACIÓN PREVIA AL TRATAMIENTO Y PREPARACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

La evaluación debe ser parte integral del diagnóstico, conceptualización del caso, planeación del tratamiento y decisiones de conclusión. Aunque en la mayoría de los escenarios clínicos no resulta práctico aplicar todas las pruebas aquí presentadas, se recomienda, de ser posible, la aplicación de un conjunto de instrumentos de autorreporte y calificados por el clínico que se describen más adelante, así como la realización de una evaluación conductual (en el trabajo de Heimberg y Turk, 2002, encontrará una revisión más minuciosa de la evaluación del trastorno de ansiedad social).

Entrevista clínica

El Programa de Entrevista para el diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV; Brown, Di Nardo y Barlow, 1994), el ADIS-IV-Versión Vitalicia (ADIS-IV-L; Brown, Di Nardo y Barlow, 2013) hace una evaluación diagnóstica minuciosa de los trastornos de ansiedad e incluye módulos para los trastornos del estado de ánimo, trastornos por abuso de sustancias y trastornos que se traslapan con los trastornos de ansiedad en la presentación clínica (p. ej., hipocondria, trastorno de somatización). Incluye preguntas para la detección de otros trastornos importantes (p. ej., psicosis). El clínico califica, en una escala de 0 a 8 puntos la gravedad del trastorno, lo que indica el grado de aflicción e interferencia asociados con cada diagnóstico. En esta escala, una calificación igual o mayor a 4 sugiere que el cliente cumple los criterios para el diagnóstico. Cuando múltiples trastornos reciben una calificación igual o mayor a 4, el trastorno que obtiene la mayor puntuación es señalado como el diagnóstico principal y los otros se consideran adicionales. En un estudio sobre la confiabilidad del Programa de Entrevista para el diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV-Versión Vitalicia, se hicieron dos aplicaciones del instrumento a 362 individuos que buscaban tratamiento en una clínica especializada en ansiedad (Brown, Di Nardo, Lehman y Campbell, 2001). El trastorno de ansiedad social demostró buena confiabilidad como diagnóstico principal (kappa = .77), como diagnóstico clínico (principal o adicional) (kappa = .77) y como diagnóstico pasado (vitalicio) (kappa = .72). La calificación de gravedad hecha por el clínico para el trastorno de ansiedad social (r = .80) también indicó buena confiabilidad entre calificadores.

En el equipo, en la primera visita del cliente se aplica de manera rutinaria el Programa de Entrevista para el diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad; entrevistas semiestructuradas como esa ayudan en el diagnóstico diferencial y ofrecen evaluación sistemática de una gran variedad de condiciones comórbidas que pueden afectar el curso del tratamiento. No obstante, las entrevistas diagnósticas pueden ser costosas y llevar mucho tiempo. Con independencia de que se conduzca una entrevista semiestructurada o no estructurada, dedicar tiempo a una evaluación minuciosa y precisa es fundamental para poder hacer una planeación apropiada del tratamiento. Los clientes cuyos síntomas son explicados mejor por otro diagnóstico pueden experimentar, entre otras cosas, poca

mejoría con un tratamiento que se enfoca en la ansiedad social, sufrimiento innecesariamente prolongado mientras no reciben tratamiento apropiado, mayor desesperanza y penurias financieras.

Instrumentos de autorreporte

Los instrumentos de autorreporte son un complemento importante de la entrevista diagnóstica. Los clientes pueden experimentar vergüenza y bochorno durante una entrevista clínica y dar descripciones de sus problemas que no reflejan del todo la gravedad o generalidad de su evitación o temor social. Además, los datos normativos en los cuestionarios permiten al clínico evaluar la gravedad de los síntomas en relación con puntos de referencia significativos. Un hecho importante es que las puntuaciones previas al tratamiento brindan una línea base contra la cual puede evaluarse el progreso logrado en el tratamiento.

Instrumentos de ansiedad social

Se dispone de varios cuestionarios para evaluar ansiedad social y evitación. La Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (SIAS) y la Escala de Fobia Social (SPS) son instrumentos que suelen usarse juntos y que fueron diseñados específicamente para la evaluación del trastorno de ansiedad social (Mattick y Clarke, 1998). La Escala de Ansiedad ante la Interacción Social evalúa el temor a interactuar en diadas y en grupos, mientras que la Escala de Fobia Social evalúa el temor a ser observado (p. ej., comer frente a otros). En la mayor parte de los estudios publicados, cada una de esas escalas contiene 20 reactivos. Para cada instrumento los participantes utilizan una escala tipo Likert de cinco puntos (donde **0** es **en absoluto** y **4** es **extremadamente**) para calificar qué tan bien los describe cada afirmación. Múltiples estudios sugieren que la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social y la Escala de Fobia Social son medidas confiables, válidas y sensibles a los efectos de la terapia cognitivo conductual (p. ej., Brown *et al.,* 1997; Cox, Ross, Swinson y Direnfeld, 1998; Heimberg, Mueller, Holt, Hope y Liebowitz, 1992; Ries *et al.,* 1998). Sin embargo, investigaciones recientes sugieren que los 17 reactivos de la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social con una redacción directa son más sensibles al constructo de ansiedad social que los tres reactivos de calificación inversa, que parecen más sensibles al constructo de extroversión (Rodebaugh, Woods y Heimberg, 2007). Varios estudios apoyan el uso de la escala con 17 reactivos (p. ej., Rodebaugh *et al.,* 2011). Recientemente se han desarrollado formas aún más cortas de ambos instrumentos (Fergus, Valentiner, McGrath, Gier-Lonsway y Kim, 2012; Kupper y Denollet, 2012; Peters, Sunderland, Andrews, Rapee y Mattick, 2012), como un instrumento breve derivado del análisis factorial del conjunto acumulado de reactivos (Social Interaction Phobia Scale, Carleton *et al.,* 2009*).* No obstante, en este momento es prematuro sugerir que es tiempo de dejar a un lado los originales en favor de las variaciones recientes.

Otro instrumento de uso común que se desarrolló para evaluar el trastorno de ansiedad social, el Inventario de Fobia y Ansiedad Social (SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley,

1989) incluye una subescala de Fobia Social, una subescala de Agorafobia y una puntuación Total o de Diferencia (es decir, subescalas de Fobia Social - Agorafobia). El Inventario de Fobia y Ansiedad Social contiene 45 reactivos, 21 de los cuales requieren múltiples respuestas. Por ejemplo, para el reactivo que empieza "Trato de evitar situaciones sociales en las que están…" el cliente califica por separado la frecuencia con que evita situaciones que involucran a desconocidos, figuras de autoridad, al sexo opuesto y a gente en general. El cliente da un total de 109 respuestas, lo que hace que la aplicación y calificación del instrumento se lleven relativamente mucho tiempo. A pesar de las desventajas impuestas por lo largo de la escala, la cantidad y especificidad de información que obtiene puede resultar muy útil en la formulación del caso y la planeación del tratamiento.

La subescala de Fobia Social evalúa respuestas somáticas, cognitivas y conductuales a diversas situaciones de interacción, desempeño y observación. La subescala de Agorafobia evalúa la ansiedad en situaciones que suelen temer los individuos que presentan el trastorno de pánico con agorafobia (p. ej., esperar en una fila). Los participantes utilizan una escala tipo Likert de siete puntos (donde **1 = Nunca** y **7 = Siempre***)* para calificar la frecuencia con que se sienten ansiosos en cada situación. La puntuación de Diferencia se planeó para proporcionar un indicador de la ansiedad social y la evitación distinto de preocupaciones similares que suelen presentar los clientes con agorafobia. Sin embargo, la muy elevada correlación entre la puntuación de Diferencia y la puntuación de la subescala de Fobia Social (r = .91) (Ries *et al.,* 1998) sugiere que esta estrategia puede proporcionar poco beneficio. Múltiples estudios sugieren que el Inventario de Fobia y Ansiedad Social es un instrumento confiable y válido (p. ej., Beidel, Turner, Stanley y Dancu, 1989; Herbert, Bellack y Hope, 1991; Turner *et al.,* 1989), además de ser sensible al cambio relacionado con el tratamiento (p. ej., Cox *et al.,* 1998; Ries *et al.,* 1998; Taylor, Woody, McLean y Koch, 1997).

Otra escala que puede demostrar ser de gran utilidad es el Inventario de Fobia Social de 17 reactivos, conocido también como SPIN (Antony, Coons, McCabe, Ashbaugh y Swinson, 2006; Connor *et al.,* 2000), que ha demostrado buena confiabilidad, correlaciones significativas con instrumentos relacionados y la capacidad de discriminar entre clientes con el trastorno de ansiedad social y clientes con otros trastornos de ansiedad. Una versión del SPIN con tres reactivos, el Mini-SPIN, también ha demostrado una considerable utilidad como instrumento de detección del trastorno de ansiedad social en centros generales de salud (Connor, Kobak, Churchill, Katzelnick y Davidson, 2001) y clínicas especializadas en ansiedad (Weeks, Spokas y Heimberg, 2007).

Aunque se desarrollaron y validaron con estudiantes universitarios antes de la inclusión del trastorno de ansiedad social en el DSM, la escala original de Temor a la Evaluación Negativa (FNE; Watson y Friend, 1969) y la versión breve de dicha escala (BFNE; Leary, 1983) siguen siendo de gran uso porque se enfocan en un constructo central del trastorno. La escala de Temor a la Evaluación Negativa incluye 30 reactivos en un formato de verdadero o falso. En los estudios de tratamiento se ha encontrado que los

cambios en dicha escala predicen el funcionamiento final (p. ej., Mattick y Peters, 1988). La escala de Temor a la Evaluación Negativa parece ser sensible a los efectos del tratamiento, aunque la magnitud de los cambios suele ser pequeña (Heimberg, 1994). La versión breve de la escala de Temor a la Evaluación Negativa contiene 12 reactivos, utiliza un formato tipo Likert de cinco puntos (donde **1 = De ninguna manera es característico de mí** y **5 = Extremadamente característico de mí**) y tiene una elevada correlación con la escala original (r = .96) (Leary, 1983). En un estudio reciente de Rodebaugh y colaboradores (2004) con una muestra grande de estudiantes de licenciatura, la versión breve de la escala de Temor a la Evaluación Negativa fue más sensible que la escala original para diferenciar grados de temor a la evaluación negativa. Un estudio de Weeks y colaboradores (2005) que utilizó una muestra grande de clientes con trastorno de ansiedad social encontró que la versión breve de la escala de Temor a la Evaluación Negativa tenía mayor consistencia interna, correlacionaba con instrumentos de ansiedad social, mostraba buena validez discriminante y era sensible a los efectos de la terapia cognitivo conductual. Ambos estudios sugieren de manera convincente que, de manera similar a lo que sucede con la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social, los reactivos de calificación inversa de la versión breve de la escala de Temor a la Evaluación Negativa pueden restarle validez, por lo que ahora sólo se califican los reactivos redactados de manera directa. Otros han adoptado un enfoque similar replanteando los reactivos de calificación inversa, de modo que sean congruentes con los de redacción directa (p. ej., Collins, Westra, Dozois y Stewart, 2005).

El Índice de Cambio de la Ansiedad Social en la Sesión (SASCI; Hayes, Miller, Hope, Heimberg y Juster, 2008) se desarrolló para evaluar sesión a sesión el cambio en el tratamiento del trastorno de ansiedad social. Los clientes usan una escala tipo Likert de siete puntos para indicar qué tanto han cambiado desde el inicio de la terapia en cuatro dimensiones: ansiedad, evitación, preocupación relacionada con la humillación y el bochorno, e interferencia. Una puntuación total de 16 indica que no ha habido cambio desde el inicio del tratamiento. Puntuaciones de 4 a 15 indican mejoría, mientras que puntuaciones de 17 a 28 indican deterioro. En el estudio de Hayes y colaboradores (2008), la consistencia interna del Índice de Cambio de la Ansiedad Social en la Sesión entre sesiones iba de .84 a .94 (*M = .89)*. La modificación en el Índice de Cambio de la Ansiedad Social en la Sesión se relacionaba con el cambio en el temor a la evaluación negativa y la mejoría calificada por el clínico, pero no con las calificaciones de la sensibilidad a la ansiedad o la depresión. En el estudio de caso que se presenta más adelante en este capítulo se describe el uso durante las sesiones del Índice de Cambio de la Ansiedad Social en la Sesión y de la versión breve de la escala de Temor a la Evaluación Negativa.

Otros instrumentos de autorreporte

Además de los instrumentos enfocados en la ansiedad social, se aplican cuestionarios que evalúan otros constructos relevantes para la conceptualización del caso y el resultado del tratamiento. De manera rutinaria se aplica el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II;

A. T. Beck, Steer y Brown, 1996) que en su evaluación de los síntomas de depresión incluye los componentes afectivos, cognitivos, conductuales, somáticos y motivacionales, así como deseos suicidas. También se usa la Escala de Discapacidad Autocalificada de Liebowitz (Schneier *et al.,* 1994), que evalúa el deterioro en 11 dominios (p. ej., escuela, trabajo, abuso del alcohol), y el Inventario de Calidad de Vida (Frisch, 1994), que evalúa la noción general de bienestar y satisfacción con la vida del cliente.

Retroalimentación y entrevista para el contrato de tratamiento

En la sesión que sigue a la de ingreso, el entrevistador revisa con el cliente los datos de la evaluación, le explica los diagnósticos, responde preguntas y ofrece recomendaciones de tratamiento. Como se mencionó, en el caso de los clientes con diagnósticos comórbidos se analizan los beneficios de hacer de la ansiedad social el objeto principal del tratamiento durante 12 a 16 sesiones semanales. Por último, se garantiza a los clientes que después de este curso inicial de tratamiento se evaluará de nuevo la gravedad de sus síntomas de ansiedad social y de cualquier condición comórbida y que, de ser necesario, en ese momento se harán otras recomendaciones de tratamiento. En esta visita pueden hacerse las evaluaciones adicionales o puede programarse una sesión adicional para realizar otras evaluaciones antes del inicio formal del tratamiento. Las evaluaciones adicionales pueden incluir pruebas conductuales e instrumentos de ansiedad social aplicados por el clínico.

Instrumentos de ansiedad social aplicados por el clínico

Los dos instrumentos de ansiedad social aplicados por el clínico de mayor uso son la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS; Liebowitz, 1987) y la Escala Breve de Fobia Social (BSPS; Davidson *et al.,* 1991, 1997). Se describirá la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz por ser un instrumento que se usa de manera rutinaria. El instrumento, que se responde en la segunda visita para no hacer demasiado larga la sesión inicial, utiliza escalas tipo Likert de cuatro puntos para evaluar por separado el temor y la evitación de 11 situaciones de interacción (p. ej., hablar con personas con autoridad) y 13 de desempeño (p. ej., trabajar mientras se es observado).

La suma de las puntuaciones de Temor y Evitación de los 24 reactivos arroja un índice de la gravedad total. Se ha demostrado que la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz posee buena confiabilidad y validez convergente y discriminante (p. ej., Cox *et al.,* 1998; Heimberg *et al.,* 1999). No sólo discrimina a clientes con trastorno de ansiedad social de quienes presentan trastorno de ansiedad generalizada (Heimberg y Holaway, 2007), sino que también ha demostrado sensibilidad a los tratamientos cognitivo conductual y farmacológico del trastorno de ansiedad social (p. ej., Blanco *et al.,* 2010; Heimberg *et al.,* 1998). Además, la escala parece tener buena confiabilidad y validez como instrumento de autorreporte cuando es acompañada de instrucciones detalladas(Fresco *et al.,* 2001; Rytwinski *et al.,* 2009).

Evaluación conductual

Las pruebas conductuales, o juego de roles de situaciones sociales relevantes para el

cliente, resultan un complemento muy útil de los instrumentos de autorreporte y las pruebas aplicadas por el clínico que aquí se describen. Aunque pueden provocar ansiedad en el cliente, la información que proporcionan es única e importante en varios sentidos. Es probable que los individuos con el trastorno de ansiedad social afirmen que su comportamiento social es inadecuado (p. ej., Rapee y Lim, 1992; Stopa y Clark, 1993) y que los demás pueden advertir su ansiedad (p. ej., Norton y Hope, 2001). Sin embargo, las pruebas conductuales a menudo demuestran que esos reportes son inexactos y que son ejemplos de creencias distorsionadas. Además, es posible usar el nivel de ansiedad y la calidad del desempeño exhibidos por un cliente durante las pruebas conductuales para calibrar la dificultad de las exposiciones, lo que hace más probable que el terapeuta elabore una primera exposición que, además de un desafío, represente una experiencia exitosa para el cliente.

Durante las pruebas conductuales el clínico puede solicitar calificaciones de ansiedad antes, durante y después del juego de roles. También es fácil incluir otras evaluaciones como pedir a los clientes que califiquen su desempeño o que hagan una lista con lo que pensaban durante la actividad. Se cuenta además con dispositivos accesibles de evaluación fisiológica ambulatoria, como monitores de pulso, que añaden una dimensión útil. El clínico puede pedir al cliente que permanezca en la situación por cierto tiempo (por lo general de cuatro a cinco minutos) para poner a prueba los límites de su capacidad de desempeño cuando está ansioso; por otro lado, también puede darle autorización explícita para detenerse (p. ej., Ries *et al.,* 1998) cuando la ansiedad es excesiva, lo que convierte a la latencia para escapar de la situación en una medida de la evitación.

Las pruebas conductuales pueden ser estandarizadas o individualizadas. Los juegos de roles estandarizados permiten observar diferencias entre pacientes para una tarea particular. Las tareas más comunes incluyen entablar una conversación con un desconocido del mismo sexo, una conversación con un desconocido del sexo opuesto, una conversación con dos o más personas, y dar un discurso ante una pequeña audiencia. En contraste, la ventaja de las pruebas conductuales individualizadas es que pueden diseñarse de manera más precisa para enfocarse en temores idiosincrásicos. Por ejemplo, un cliente al que en una comida le preocupa que los demás se percaten de que le tiemblan las manos puede experimentar poca ansiedad en una conversación cara a cara. No obstante, es más probable que se active su ansiedad si se le pide que participe en una conversación cara a cara mientras come un plato de sopa.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL INDIVIDUAL PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

Principios y logística

Para los estudios sobre el tratamiento individual del trastorno de ansiedad social se han establecido directrices que deben ser cumplidas por los terapeutas del equipo (Hope *et al.,* 2010b). Los tratamientos con base en manuales presentan el problema de que no queda claro en qué medida pueden tomarse libertades en la implementación del tratamiento y esperar resultados similares a los obtenidos en los estudios de eficacia. Por consiguiente, si bien se reconoce que este tratamiento permite una mayor flexibilidad en su aplicación en escenarios clínicos, las directrices ayudarán a los terapeutas a entenderlo de la forma en que ha sido exhaustivamente estudiado.

El tratamiento consta de 16 sesiones semanales de una hora durante un periodo de 16 a 20 semanas. Aunque sería ideal completar las 16 sesiones en un lapso de 16 semanas, se da un margen de 20 sesiones para considerar las sesiones perdidas por enfermedad, vacaciones, festividades, entre otras. Extender por más de 20 semanas el cumplimiento de las 16 sesiones puede comprometer el impulso de la terapia. Las dos o tres sesiones previas al tratamiento que se describieron, así como las sesiones de evaluación y retroalimentación posteriores al tratamiento no cuentan como parte de la fase de tratamiento de 16 sesiones.

Nuestro tratamiento individual requiere que el cliente utilice un libro de ejercicios (Hope *et al.,* 2010a) mientras trabaja con el terapeuta en cada sesión y para las tareas asignadas. Este libro de ejercicios consta de 13 capítulos, aunque el programa de tratamiento no sigue un formato de un capítulo por sesión, sino que se divide en cinco segmentos que se describen más adelante. El terapeuta tiene la flexibilidad en términos del ritmo y, hasta cierto punto, el contenido de esos segmentos. Además, se pide a los clientes que lean los capítulos asignados antes de llegar a la sesión.

Se informa que deben llevar su libro de ejercicio a cada sesión. Los clínicos también llevan a la sesión su copia del texto y, o una copia de la guía del terapeuta; también se aseguran de tener algo en que escribir y que puedan ver junto con el cliente durante la sesión. En la clínica se utiliza un caballete con papel o una pizarra para marcadores no permanentes montada en la pared (por facilidad, de aquí en adelante se hace referencia al uso de un caballete). Sin embargo, en ocasiones se colocan dos sillas juntas de modo que terapeuta y cliente puedan escribir y ver la misma pieza de papel en un sujetapapeles. Un hecho importante es que en cada sesión se introducen conceptos clave que son anotados (p. ej., el terapeuta puede dibujar un continuo de ansiedad en la primera sesión; siempre se registran los pensamientos automáticos y las respuestas racionales del cliente). Anotar las cosas durante la sesión ayuda a los clientes a seguir y procesar mejor la información que se está revisando y es un componente importante del tratamiento.

Durante el tratamiento se fomenta activamente la relación terapéutica. Como han señalado Kendall, Chu, Gifford, Hayes y Nauta (1998), algunos críticos suponen que el uso de un manual implica que la relación terapéutica no se considera relevante (vea

también el trabajo de Kendall, Gosch, Furr y Scood, 2008). Contrario a esa suposición, en nuestro caso la adhesión del terapeuta al manual (Hope, Van Dyke, Heimberg, Turk y Fresco, 2002) incluye calificaciones explícitas de la relación terapéutica en cada segmento del tratamiento. Se califica la participación de los terapeutas en términos de la escucha activa, su respuesta a las señales verbales y no verbales, la manera en que facilitan la inversión del cliente en el tratamiento, así como su inversión y apoyo. Además, se espera que los terapeutas ayuden a los clientes a experimentar un afecto profundo según sea apropiado para la situación inmediata. Por ejemplo, puede esperarse que el terapeuta ayude a un cliente a abrirse a la experiencia de ansiedad durante las exposiciones y a procesar y lamentar las pérdidas que son consecuencia de muchos años de evitación social. En otras situaciones se espera que el terapeuta ayude al cliente a utilizar los sentimientos incómodos como señal de que se requiere una práctica adicional de afrontamiento cognitivo. Por ejemplo, el terapeuta podría ayudar a un cliente que experimenta una profunda vergüenza luego de cometer un pequeño error social (p. ej., derramar una bebida, llamar a alguien por el nombre equivocado) a practicar la reestructuración cognitiva para cambiar el significado del suceso que provoca dichas emociones. Los terapeutas son supervisados en esos aspectos del tratamiento, no prestar atención a la relación terapéutica o no responder de manera apropiada a lo que sucede en la sesión se considera una falla grave en el cumplimiento del protocolo.

Datos recientes sugieren que en el protocolo la relación terapéutica se relaciona con los resultados exitosos (Hayes, Hope, Van Dyke y Heimberg, 2007). Las calificaciones de los clientes a la alianza terapéutica se relacionaron positivamente con sus percepciones de utilidad de la sesión. Curiosamente, la relación entre la alianza terapéutica y la disminución de la ansiedad durante las exposiciones dentro de la sesión fue curvilínea, es decir, los clientes mostraban menor disminución de la ansiedad cuando las calificaciones de la alianza eran muy altas o muy bajas que cuando eran moderadas. Aunque el efecto de las bajas calificaciones de la alianza no requiere explicación, se cree que si el cliente se siente demasiado cómodo con el terapeuta esto puede interferir con la evocación de la ansiedad durante las exposiciones y, por consiguiente, con el procesamiento emocional. En la terapia cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad social es importante mantener la alianza terapéutica "correcta" (Hayes *et al.,* 2007).

También se espera que los terapeutas hagan un manejo adecuado del tiempo. El manual califica la habilidad del terapeuta para abarcar los temas requeridos de manera flexible, sin prisa y sin aburrir al cliente trabajando intensamente en varios puntos (Hope *et al.,* 2002). Dos tipos de problemas que tienden a surgir de la nada en relación con el manejo del tiempo pueden a su vez tener un impacto negativo en la relación terapéutica. Algunos terapeutas caen en la trampa de convertir cada sesión en una conferencia psicoeducativa, esta tendencia puede verse agravada si el terapeuta trabaja con un cliente que permanece callado en las primeras sesiones. La recomendación principal en esta situación es hacer preguntas abiertas que lleven al cliente a relacionar sus experiencias personales con el material. Las verbalizaciones del cliente en respuesta a esas preguntas se refuerzan luego mediante el uso de las habilidades de escucha activa, lo que provoca

más verbalizaciones del cliente. La otra trampa en que caen algunos terapeutas es permitir que el cliente domine la sesión con relatos largos y detallados sobre experiencias con ansiedad social. En algunos casos es posible que sin darse cuenta el terapeuta lo haya enseñado a dirigir la sesión mediante el uso indiscriminado de las habilidades de escucha activa y de señales no verbales, aún cuando el cliente esté discutiendo material tangencial o repetitivo.

En otros casos, los clientes pueden haberse acostumbrado a dominar las sesiones por experiencias previas con la terapia tradicional del habla, o tal vez intenten dominar la sesión para evitar materiales difíciles, sobre todo en las exposiciones durante la sesión. En esta situación se requiere hacer una reorientación verbal con gentileza. En algunos casos puede ser conveniente la discusión directa de los temas de manejo del tiempo y la negociación del tiempo de la sesión.

Por último, se hace hincapié sobre la creencia de que tratamientos con base en un manual, como éste, no representa un conjunto inflexible de procedimientos que se aplican de manera indiscriminada a todos los clientes. Se espera que los terapeutas desarrollen una idea individualizada del problema que presente cada cliente particular, la cual se perfecciona continuamente en el curso del tratamiento e incorpora las características únicas del cliente (p. ej., grupo cultural, sexo, antecedentes educativos). Los procedimientos del tratamiento se ajustan luego para abordar los aspectos únicos de cada caso.

Segmento 1: psicoeducación

El segmento 1 abarca el material de los cuatro primeros capítulos del libro de ejercicios del cliente (Hope *et al.,* 2010a). Una meta crucial para este segmento de la terapia es establecer una buena relación de trabajo. Si el terapeuta no fue quien realizó la entrevista inicial se dedican de tres a cuatro sesiones de este segmento a la construcción del rapport. Si en el curso de la evaluación inicial se estableció una buena alianza de trabajo y si el cliente es especialmente brillante y está motivado, podrían cubrirse dos capítulos por sesión, lo que permitiría concluir esta parte del tratamiento en apenas dos semanas. En ningún punto de la terapia deben asignarse más de dos capítulos por semana porque es poco probable que los clientes procesen plenamente el material y saquen el máximo provecho de los ejercicios asociados y la autosupervisión de las tareas.

Al final de cada sesión se asignan como tarea uno o dos capítulos, cada uno de los cuales incluye diversos formularios que el cliente debe completar. Al inicio de la siguiente sesión el terapeuta indaga las reacciones y preguntas del cliente sobre las lecturas y revisa con él los formularios completados. Si el cliente no completó un formulario, se concluye ese trabajo al inicio de la sesión durante la revisión de la tarea.

Durante la sesión los terapeutas deben revisar ciertos temas de cada capítulo en el libro de ejercicios, la revisión de otros temas es opcional y depende de las necesidades del cliente individual. Para el capítulo 1 el terapeuta debe revisar dos temas: (1) ansiedad social normal o problemática, y (2) la inversión que requerirá el tratamiento. La discusión de la ansiedad social normal y problemática comunica al cliente la existencia de un

continuo donde algunas personas rara vez experimentan ansiedad social, otras experimentan a menudo ansiedad social intensa y la mayoría de la gente se ubica entre esos extremos. La gente que cae en el medio del continuo experimenta ansiedad social en situaciones como una primera cita o una entrevista de trabajo, pero la ansiedad por lo general es manejable y disminuye en la medida que la persona permanezca en la situación. Factores como la intensidad y duración de la ansiedad antes y durante las situaciones sociales, el número de situaciones que provocan ansiedad, y el grado de deterioro de la vida distinguen la ansiedad social normal de la ansiedad social problemática para la cual puede asignarse un diagnóstico. El terapeuta hace preguntas sobre los tipos de situaciones que provocan ansiedad social en mucha gente y sobre el propósito que ésta puede cumplir para ayudar al cliente a ejemplificar la idea de que la ansiedad social tiene un valor adaptativo (p. ej., preocuparse por lo que piensen los demás puede causar ansiedad, pero también contribuye a que las personas se traten con más amabilidad). Los terapeutas suelen aprovechar esta oportunidad para examinar lo que debería esperar el cliente en términos del resultado del tratamiento. El terapeuta señala primero que la ansiedad social forma parte de la condición humana, por lo que es imposible eliminarla por completo aunque fuera una meta deseable; de ahí que no sea razonable esperar que el tratamiento libere al cliente por completo de la ansiedad social. Sin embargo, si es razonable esperar descender en el continuo de los niveles problemáticos de la ansiedad social a un nivel que sea más característico de la mayoría de la gente. Al principio del tratamiento no todos los clientes están dispuestos a aceptar la existencia de un continuo de ansiedad social o que ésta puede tener un valor adaptativo. Esta primera sesión es simplemente una introducción a esos conceptos y discutir con el cliente sobre esos temas probablemente sea inútil. En lugar de ello, el terapeuta enfatiza la visión que tiene el cliente del mundo (p. ej., "Cree que puede estar tranquilo o extremadamente ansioso y que para usted no es posible un punto medio"), pero no se muestra de acuerdo con él.

El examen de la inversión que exige la terapia implica infundir en el cliente la esperanza de que será capaz de hacer cambios importantes y comunicarle el tiempo, esfuerzo y energía emocional que requieren las actividades del tratamiento. La investigación ha demostrado que las expectativas positivas se asocian con resultados más favorables en la terapia cognitivo conductual para la ansiedad social (Chambless *et al.,* 1997; Safren, Heimberg y Juster, 1997).

El terapeuta comparte con el cliente que en estudios hechos con individuos que concluyeron la terapia cognitivo conductual, entrevistadores clínicos independientes consideraron que entre 75 y 80% de ellos habían experimentado disminuciones significativas en su ansiedad social (p. ej., Heimberg *et al.,* 1998). El terapeuta destaca también que la asistencia regular a las sesiones, el cumplimiento de las tareas, y la disposición a experimentar ansiedad durante las exposiciones y a mostrarse abierto a nuevas formas de ver al mundo, a otras personas y a sí mismo son factores que influyen de manera considerable en la respuesta al tratamiento, factores que están en gran medida bajo control del cliente. Durante este tiempo se anima a los clientes a hablar sobre sus

temores en relación con el tratamiento y sobre sus metas de una vida mejor después del mismo. Para aumentar el compromiso del cliente con el tratamiento se incluye un ejercicio motivacional en que se le pide que plantee ventajas y desventajas de trabajar en su ansiedad social y una lista de ventajas y desventajas de no hacerlo.

A continuación el terapeuta revisa con el cliente los tres componentes de la ansiedad que se presentan en el capítulo 2 del libro de ejercicios (Hope *et al.,* 2010a), para luego describirlos: (1) el componente fisiológico incluye reacciones corporales como la aceleración del ritmo cardiaco; (2) el componente cognitivo abarca lo que piensa la persona, como "Me veo ridículo"; y (3) el componente conductual consta de lo que hace la persona cuando se siente ansiosa, como evitar el contacto visual. En la presentación del componente conductual el terapeuta enfatiza que las conductas de escape y de evitación pueden disminuir la ansiedad en el corto plazo, pero en el largo plazo conducen a oportunidades perdidas, una vida menos satisfactoria y otros sentimientos negativos como culpa y vergüenza.

El terapeuta plantea luego un ejemplo hipotético para ayudar al cliente a practicar la identificación de cada uno de esos componentes. Con los años, se ha encontrado que usar al principio un ejemplo hipotético propicia el aprendizaje mucho más que empezar con un ejemplo de la experiencia del cliente. En esta etapa temprana del tratamiento, cuestiones como el temor a la evaluación negativa, estar a la defensiva, la ansiedad y la falta de objetividad pueden dificultar la identificación de los tres componentes en una experiencia personal (p. ej., "No pensaba en nada"). Aunque la única opción para el terapeuta es revisar los ejemplos hipotéticos del libro de ejercicios que ilustran los tres componentes, por lo general se recomienda utilizar un ejemplo hipotético distinto para dar más práctica al cliente. Como alternativa se usa el ejemplo de la versión para el tratamiento de grupo (Heimberg y Becker, 2002) en que se pide al cliente que imagine a una persona que espera en el vestíbulo a ser entrevistado para un empleo sumamente atractivo en términos de responsabilidades, salario y horas de trabajo. Se dice al cliente que la persona se siente ansiosa por la entrevista y luego se le pregunta lo que podría estar experimentando mientras espera entrar a la oficina. El terapeuta anota en el caballete las respuestas del cliente bajo el encabezado apropiado (p. ej., "sentir náuseas" se escribe bajo el rubro "Componente fisiológico"). Después de clasificar las respuestas espontáneas del cliente, el terapeuta hace preguntas para evocar varios ejemplos de cada uno de los tres componentes (p. ej., "¿La persona podría tener algún pensamiento relacionado con sus manos sudorosas?" "¿Qué podría decirse al respecto?"), y se esfuerza por descubrir la forma en que cada uno de los componentes interactúa con los otros, dando por resultado una espiral creciente de ansiedad (p. ej., las manos sudorosas podrían llevar al pensamiento "El entrevistador va a creer que estoy ansioso", lo que a su vez puede dar lugar a la conducta de limpiarse las manos sudorosas en el traje). El terapeuta concluye que el tratamiento implica aprender formas de interrumpir esta espiral de ansiedad. Asumiendo que el cliente hace un trabajo razonablemente bueno en este ejercicio, el terapeuta le ayuda luego a repetirlo con una experiencia personal reciente de ansiedad social. En este punto de la terapia, el terapeuta no hace esfuerzo por ayudar a

cliente a cuestionar las cogniciones que le provocan ansiedad, sino sólo a identificar los tres componentes de la ansiedad y a entender su interacción. Además de las lecturas del libro de ejercicios, se le asigna la tarea de identificar los tres componentes de la ansiedad experimentada en una situación social durante la semana.

En referencia al material revisado en el capítulo 3 del libro de ejercicios, el terapeuta enseña al cliente a usar la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (SUDS; Wolpe y Lazarus, 1966) y a construir una jerarquía de temor y evitación. Para consolidar el aprendizaje en este importante dominio, en esta sesión y en las siguientes se repite la tarea asignada y se inicia la evaluación semanal del progreso con el Índice de Cambio de la Ansiedad Social en la Sesión.

El terapeuta describe luego algunos factores presentados en el capítulo 4 del libro de ejercicios que se piensa están relacionados con el desarrollo de la ansiedad social problemática; por ejemplo, le informa al cliente que la investigación sugiere que la genética participa en la etiología del trastorno de ansiedad social, y enfatiza que lo que se hereda no es tanto un gen que inevitablemente provoca ansiedad social, sino probablemente la tendencia a ser un individuo sensible y emocionalmente reactivo (Barlow, 2002).

Esta sensibilidad heredada podría no ser del todo problemática, e incluso podría ser algo bueno. Por ejemplo, la persona podría ser especialmente empática hacia otros y ser muy capaz de experimentar tanto alegría como ansiedad. Sin embargo, si un individuo biológicamente sensible es expuesto durante su desarrollo a experiencias sociales importantes y aprende que los demás son amenazantes e hirientes, entonces la vulnerabilidad biológica puede contribuir a la evolución de la ansiedad social problemática. El terapeuta podría indagar si otros miembros de la familia presentan problemas de ansiedad social u otros tipos de ansiedad, lo que sugeriría una predisposición genética. El terapeuta señala luego que las experiencias dentro de la familia pueden ser otro factor que contribuye a la ansiedad social. Por ejemplo, una madre con ansiedad social podría enseñar a su hijo que las opiniones de los demás son de suma importancia y que debe evitarse a toda costa la evaluación negativa. Por otro lado, las experiencias con un padre que es verbalmente abusivo enseñan al niño que otras personas son peligrosas y que la evitación es una buena estrategia para protegerse. El terapeuta pregunta de nuevo al cliente si esta información coincide con sus experiencias personales; y finalmente describe la manera en que las experiencias fuera de la familia enseñan a una persona que los demás son una fuente de amenaza. Por ejemplo, las burlas de los pares se relacionan con la ansiedad social posterior (Roth, Coles y Heimberg, 2002). Este análisis es facilitado por las tareas realizadas antes de la sesión donde el cliente responde a una serie de preguntas pertinentes para sus experiencias personales de ansiedad social y la forma en que coinciden con esas tres fuentes de información y completa una gráfica de pastel donde indica qué tanto cree en la relativa importancia de cada una. Durante este examen, el terapeuta enfatiza la idea de que la ansiedad social se aprende en gran medida por experiencia, por ende puede ser cambiada mediante la experiencia.

Este análisis sobre la etiología de la ansiedad social da lugar al examen de los pensamientos disfuncionales. Los terapeutas pueden preguntar a los clientes qué lecciones sobre sí mismos y sobre otras personas les enseñó una experiencia social negativa en una etapa temprana, como recibir burlas (p. ej., "Aprendí que no encajo"). Esto permite a los terapeutas conscientizar a los clientes respecto con los orígenes de muchos de sus pensamientos automáticos, lo que es importante por la tendencia de muchos clientes a considerar que las cogniciones negativas son una señal de defectos personales intrínsecos más que una consecuencia lógica de sus experiencias. Luego piden a los clientes que consideren cómo influyen esas formas disfuncionales de pensamiento en sus ideas y reacciones actuales cuando enfrentan situaciones sociales (p. ej., la idea de que no encajan en las fiestas, la expectativa de que serán objeto de burlas de los compañeros). En este momento de la terapia, se pide simplemente a los clientes que consideren la posibilidad de que cambiar algunos de esos sesgos de pensamiento automático podría cambiar la experiencia de ansiedad. Los terapeutas plantean luego la lógica de las intervenciones de reestructuración cognitiva, exposiciones y tareas.

Segmento 2: Entrenamiento en reestructuración cognitiva

El entrenamiento de la reestructuración cognitiva suele tomar de dos a tres sesiones. El material se presenta en los capítulos 5 y 6 del libro de ejercicios del cliente (Hope *et al.,* 2010a). Es posible que después de tres sesiones una pequeña minoría no haya logrado dominar los conceptos cognitivos debido a factores como un bajo nivel educativo y, o capacidades pobres de pensamiento abstracto. Nuestra experiencia sugiere que, en esos casos, después de tres sesiones es mejor avanzar al siguiente segmento del tratamiento en lugar de forzar la situación. En esta circunstancia, Heimberg y Becker (2002) recomiendan que, durante el resto de la terapia, se quite énfasis a la parte cognitiva del tratamiento y se dependa más de la exposición repetida. Además, en lugar de depender de la reestructuración cognitiva más formal, estos clientes pueden aprovechar la ayuda del terapeuta para generar afirmaciones realistas (p. ej., "He hecho esto antes") o darse instrucciones informales (p. ej., "Empiezo por presentarme") que pueden usar en situaciones que les provocan ansiedad.

Como en el segmento anterior, cada sesión comienza con la revisión de la tarea y termina con la asignación de otra tarea. Las tareas asignadas incluyen lecturas del libro de ejercicios, formularios asociados y autosupervisión de los ejercicios. En este punto del tratamiento algunos clientes intentan de manera espontánea realizar exposiciones *en vivo* sin que se les haya indicado. Dichas exposiciones pueden ser benéficas para el cliente si salen bien, pero los terapeutas no deberían alentarlas como tareas hasta que concluya el entrenamiento de la reestructuración cognitiva y una exposición durante la sesión. En este punto del tratamiento los clientes todavía no cuentan con las estrategias suficientes para manejar la ansiedad o afrontar situaciones sociales cuyos resultados son decepcionantes. También es probable que escapen de una situación al primer indicio de problemas.

Por consiguiente, en esta fase del tratamiento una experiencia de exposición poco positiva puede dar lugar a que en el futuro los pacientes se resistan a intentar nuevas

exposiciones.

En esta parte del tratamiento se presentan explícitamente los principios básicos del modelo cognitivo conductual, el cual propone que las reacciones emocionales ocurren como resultado de la **interpretación que se hace** de las situaciones y no de las situaciones en sí. Los "pensamientos automáticos" se definen como pensamientos negativos, distorsionados o irracionales sobre uno mismo, sobre el mundo o el futuro que producen o incrementan la experiencia de ansiedad problemática. Esos conceptos se demuestran primero con un ejemplo hipotético más que con un ejemplo de la vida del cliente lleno de carga emocional. El libro de ejercicios describe los pensamientos muy diferentes de dos hombres jóvenes después de conocer a una mujer. Los pensamientos negativos conducen a uno de los hombres a no intentar conocer mejor a la mujer y a experimentar otros pensamientos y emociones desagradables. Los pensamientos más neutrales y realistas del otro hombre facilitan que continúe esforzándose por entablar conversación. Se presentan otros ejemplos para que terapeuta y cliente examinen si este último necesita más información sobre el concepto de pensamientos automáticos. Luego se pide a los clientes que examinen sus propios pensamientos, primero en relación con una situación social hipotética y luego en relación con las tareas completadas previamente.

Los "errores del pensamiento" se definen como categorías comunes en las que pueden caer los pensamientos automáticos. Es común que los clientes descubran que son particularmente propensos a involucrare en ciertos tipos de pensamiento distorsionado (p. ej., lectura de la mente, adivinación, descalificar lo positivo), y la identificación de esos errores habituales puede ayudar a cuestionar los pensamientos automáticos (p. ej., "Aquí voy de nuevo a leer la mente. No tengo motivos para suponer que están pensando lo peor"). Se presenta a los clientes una adaptación de la lista de errores del pensamiento descritos por Judith Beck (1995) en la primera edición de su libro *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. En condiciones ideales el cliente ha revisado esta lista al hacer las lecturas para las tareas, y puede analizar con el terapeuta cuáles son los errores de pensamiento que en lo personal le resultan más relevantes. Si el cliente no hizo la tarea, durante la sesión revisa brevemente con el terapeuta cada error de pensamiento. Además de practicar juntos la identificación de los errores de pensamiento en los ejemplos del libro de ejercicios y en los pensamientos automáticos registrados por el cliente como parte de las tareas asignadas previamente, pueden examinar más a fondo los pensamientos automáticos que podría tener el cliente acerca de situaciones próximas. Se asigna a los clientes la tarea de supervisar sus pensamientos automáticos, su creencia en estos pensamientos (en una escala de 0 a 100 puntos), los errores de pensamiento que contienen y las emociones que provocan en una o dos situaciones naturales ocurridas durante la semana.

Los siguientes pasos en la reestructuración cognitiva son cuestionar los pensamientos automáticos y desarrollar respuestas racionales a ellos. El proceso de cuestionamiento de los pensamientos automáticos empieza con la ayuda de preguntas de controversia que originalmente fueron adaptadas del trabajo de Sank y Shaffer (1984). Esas preguntas

genéricas pueden aplicarse a los pensamientos automáticos (p. ej., "¿Estoy segura que _____?"; "¿Qué evidencia tengo de que lo contrario es verdad_____?"; "¿Qué es lo peor que podría pasar?, "¿Qué tan malo es eso? ¿Cómo podría lidiar con eso?", "¿Qué significa _____? ¿Realmente significa que soy un(a) _____?". Sin embargo, antes de hacer que el cliente aplique esas preguntas a sus propios pensamientos, terapeuta y cliente revisan un ejemplo hipotético del libro de ejercicios. A partir de ahí, el terapeuta aborda los pensamientos automáticos del cliente examinados en la revisión anterior de los errores de pensamiento. Cliente y terapeuta utilizan las preguntas de controversia para cuestionar los pensamientos automáticos a fin de llegar a formas alternativas y más realistas de ver la situación. Es común que las respuestas a las preguntas de controversia incluyan pensamientos automáticos que deben cuestionarse con mayor profundidad. Este proceso, que llamado **diálogo entre el yo ansioso y el yo que enfrenta,** ayuda al cliente a llegar a respuestas a las preguntas originales de controversia que le resulten más verosímiles y aceptables. El resultado de este diálogo se resume luego en una o dos afirmaciones que fungen como respuestas racionales. Una respuesta racional ofrece una visión realista y equilibrada de la situación que por lo general es más positiva que la que ofrecen los pensamientos automáticos. En la siguiente tarea el cliente debe registrar los pensamientos automáticos que experimentó en una situación que le provocó ansiedad durante la semana, identificar los errores de pensamiento que contienen, refutar los pensamientos automáticos, desarrollar una respuesta racional y calificar su creencia en esa respuesta racional. Como puede advertirse, las tareas asignadas se fundamentan en las anteriores, y si bien eso las hace cada vez más complejas también les permite fortalecer cada vez más al cliente.

Hacia el final de la sesión en este segmento, el terapeuta informa al cliente que la semana siguiente empezarán las exposiciones. En la medida que el inicio de las exposiciones le provoque ansiedad, se anima al cliente a asistir a la siguiente sesión para "evitar la evitación" y a identificar los pensamientos automáticos relacionados con la exposición, a cuestionarlos y llegar a una respuesta racional.

Para tranquilizar al cliente, el terapeuta le asegura que en la primera exposición se utilizará una situación difícil, pero no abrumadora. Los terapeutas más experimentados suelen analizar en esta sesión algunas posibilidades para la primera exposición. Quienes no tienen experiencia con esta forma de tratamiento, por lo general discuten con el cliente los detalles de la exposición la semana siguiente, después de haber recibido supervisión.

Segmento 3: Exposiciones

Las exposiciones deben comenzar desde la Sesión 5 y no después de la Sesión 8, dependiendo de la velocidad con que se haya cubierto el material anterior. El capítulo 7 del libro de ejercicios revisa la lógica de las exposiciones e introduce el concepto de establecer metas conductuales asequibles. El contenido de ese capítulo sólo se revisa superficialmente, ya que muchos de esos conceptos se revisaron antes (p. ej., por qué son importantes las exposiciones), y el nuevo material se revisa durante la propia

exposición. De igual modo, los terapeutas rara vez dedican toda una sesión al análisis del capítulo 8 (Exposiciones en curso) o los capítulos temáticos específicos (capítulo 9, Interacción entre temores; capítulo 10, Temores por observación; capítulo 11, Temores a hablar en público) asignados durante este segmento. El contenido se aborda brevemente durante la revisión de las tareas y se lleva a cabo una exposición durante la sesión. En esta fase del tratamiento los terapeutas se esfuerzan por completar una exposición casi en cada sesión. Para seguir el protocolo, en los estudios de investigación debe completarse un mínimo de cuatro exposiciones dentro de la sesión. Por lo general se completa un mínimo de seis exposiciones dentro de la sesión, y entre más mejor. Por consiguiente, aunque el protocolo da al terapeuta la libertad de dedicar un par de sesiones de este segmento a la reestructuración cognitiva o a la revisión detallada de un capítulo temático, en opinión del autor es mejor dedicar el tiempo a exposiciones repetidas dentro de la sesión que integren la reestructuración cognitiva.

Todas las sesiones de exposición siguen el mismo formato básico (tabla 3-1). La sesión empieza con la revisión de la tarea y termina con la asignación de otra tarea. Dicha asignación por lo general incluye tareas de exposición *en vivo* asociadas con reestructuración cognitiva que lógicamente se basan en la exposición durante la sesión. La primera exposición dentro de la sesión por lo general incluye un juego de roles con el terapeuta de una situación a la que el cliente asignó una puntuación mínima de 50 en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar. La regla general es que los clientes deben percibir que si bien las exposiciones son difíciles no resultan abrumadoras ni exceden su capacidad para usar habilidades cognitivas de afrontamiento.

Tabla 3-1. Esquema de las sesiones de exposición

1. Revisión de la tarea de la semana anterior

2. Completar la exposición dentro de la sesión

a. Procesamiento de la exposición
- Negociar brevemente los detalles de la exposición
- Evocar pensamientos automáticos
- El cliente califica su creencia en los pensamientos automáticos
- El cliente etiqueta los errores del pensamiento en pensamientos automáticos
- El cliente rebate uno o dos pensamientos automáticos
- El cliente desarrolla respuestas racionales y califica su creencia en dichas respuestas
- El cliente establece metas conductuales no perfeccionistas

b. Conducir el juego de roles aproximadamente durante 10 minutos
- Solicitar cada minuto la puntuación de la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar y la respuesta racional
- Los clientes usan preguntas de controversia y respuestas racionales cuando se presentan pensamientos automáticos
- Seguir el progreso del cliente en las metas conductuales

c. Exposición posterior al procesamiento
- Revisar si se alcanzaron las metas
- Revisar si ocurrieron pensamientos automáticos

- Revisar el uso de respuestas racionales
- Discutir cualquier pensamiento automático nuevo o inesperado
- El cliente, el terapeuta y los participantes en el juego de roles reaccionan al desempeño del cliente
- Graficar e interpretar el patrón de puntuaciones de la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar
- Examinar la evidencia en relación con los pensamientos automáticos y las respuestas racionales
- El cliente califica una vez más su creencia en los pensamientos automáticos y las respuestas racionales
- El cliente resume lo que aprendió de la experiencia de exposición

3. Asignación de la tarea

a. Relacionar las exposiciones *en vivo* con la reestructuración cognitiva asociada
b. Asignar otras tareas de ser apropiado

Los terapeutas organizan las exposiciones de modo que resulten tan realistas como sea posible, para lo cual reacomodan el mobiliario, utilería e instruyen a los participantes (es decir, asistentes del terapeuta que participan en la sesión para apoyar en las exposiciones) para que se comporten de ciertas maneras. Un pequeño esfuerzo por hacer más realista la situación puede significar la diferencia entre una exposición que provoca ansiedad significativa y otra que es demasiado artificial para ser relevante. Por lo general la utilería empleada incluye alimentos o bebidas para individuos que temen comer, beber o servir alimentos frente a otros, y notas preparadas por el cliente para las presentaciones. Debe prestarse atención a los aspectos que hacen que la situación provoque más o menos ansiedad. Por ejemplo, un cliente que teme comer frente a otros puede sentirse más ansioso cuando come algo que es fácil derramar (p. ej., sopa) que con alimentos que pueden comerse con los dedos.

La esencia del tratamiento es la coordinación entre el trabajo de la reestructuración cognitiva y la exposición (tabla 3-1). El terapeuta empieza la exposición con el procesamiento previo mediante la descripción breve de una situación de exposición. Si bien el cliente puede sugerir modificaciones o alternativas para la tarea de exposición, el terapeuta debe equilibrar la aproximación colaborativa con la estrecha vigilancia de discusiones demasiado detalladas que impiden el inicio de la exposición. El terapeuta provoca luego los pensamientos automáticos del cliente relacionados con la situación elegida y los registra en el caballete; luego elige uno o dos pensamientos automáticos para debatir en lugar de tratar de ayudar al cliente a debatirlos todos. El cliente califica su creencia en el pensamiento automático e identifica los errores de pensamiento que contiene. En la medida de lo posible, el cliente toma el control en el debate de los pensamientos con las preguntas de controversia y el desarrollo de una respuesta racional. El terapeuta sólo apoya cuando es necesario. La respuesta racional se escribe en una hoja en blanco, de modo que el cliente pueda referirse a ella durante la exposición, sin ser distraído por los pensamientos automáticos anotados en la misma página.

A continuación se establecen las metas conductuales para la exposición. Los clientes con trastorno de ansiedad social que no reciben orientación suelen establecer metas perfeccionistas y poco realistas (p. ej., “No voy a ponerme ansioso” o “Jamás voy a

trabarme con las palabras") o metas con base en las reacciones de otras personas y que no están bajo su control (p. ej., causar una buena impresión). El terapeuta ayuda al cliente a desarrollar dos o tres metas para la situación que sean mensurables y observables (p. ej., hacer por lo menos tres preguntas para llegar a conocer mejor a la persona, expresar una opinión, hablar sobre tres cuestiones diferentes durante un discurso). Esas metas se registran bajo la respuesta racional, de modo que el cliente pueda referirse a ellas durante la exposición.

Durante la exposición el terapeuta solicita las puntuaciones de la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar a intervalos de un minuto y cada vez que la ansiedad parece aumentar o disminuir. Cada vez que se le pide la puntuación de la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar el cliente lee en voz alta su respuesta racional. Los clientes se adaptan rápidamente a esta interrupción, sobre todo si los participantes en el juego de roles los reorientan con una señal verbal (p. ej., "Estaba hablando sobre…"). La exposición debe continuar hasta que la ansiedad empieza a disminuir o a estabilizarse y se han alcanzado las metas, lo que suele tardar alrededor de 10 minutos. El terapeuta debe ser quien termine la exposición para ayudar al cliente a superar cualquier tendencia a escapar de la situación cuando se ponga difícil.

La fase de procesamiento posterior a la exposición incluye constatar si se alcanzó la meta y la observación por parte del terapeuta de la ocurrencia de los pensamientos automáticos que fueron el objeto de la reestructuración cognitiva, la revisión de la utilidad de la respuesta racional y la identificación de cualquier pensamiento automático inesperado que deba abordarse en el futuro. En lugar de preguntar al cliente qué tal resultó el juego de roles desde su perspectiva, el terapeuta le pregunta si se alcanzaron las metas convenidas sin darle espacio para que regrese a una discusión sobre la incapacidad de alcanzar otras metas, por ejemplo, no ponerse ansioso. El terapeuta también comparte su opinión sobre la obtención de las metas, responde a las preocupaciones planteadas por el cliente y no le permite descalificar lo positivo. En exposiciones posteriores, también puede pedirse a los participantes externos en el juego de roles que compartan sus reacciones y respondan a cualquier pregunta del cliente sobre cómo salió la exposición. La retroalimentación del terapeuta y de los participantes en el juego de roles debe enfatizar la información que se oponga a las creencias negativas del cliente. Por ejemplo, el cliente puede creer que se sonroja, que es aburrido, que los demás lo consideran incompetente y que no puede mantener una conversación durante 10 minutos. Quizá, siendo objetivos, el cliente se sonrojó al principio de la exposición, sólo respondió a las preguntas de los participantes en el juego de roles y reportó puntuaciones muy altas (de 90 o más) en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar durante los 10 minutos. Sin embargo, el cliente cumplió sus metas de compartir algo de sí mismo y permanecer en la exposición hasta que el terapeuta lo detuviera. En esta situación, el terapeuta debe señalar que el cliente logró sus metas y que no ocurrieron muchas de las consecuencias que temía (p. ej., ponerse demasiado ansioso para poder entablar una conversación). Además, sólo en casos muy raros los clientes parecen tan ansiosos como suponen, por lo que es apropiado reconocer que mostró algunos síntomas de ansiedad, pero que ésta no

era tan perceptible como podrían sugerir las puntuaciones de la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar, que la ansiedad no le impidió disfrutar la conversación, entre otras. Los terapeutas que niegan haber visto ansiedad en un cliente que se mostraba evidentemente ansioso corren el riesgo de dañar su credibilidad. En especial al inicio del tratamiento, deben pensar seriamente antes de proporcionar al cliente largas listas de sus conductas que demeritan la calidad de la conversación (p. ej., que el cliente sólo respondió a las preguntas y no hizo ninguna, que podría haber establecido más contacto visual). Muchos clientes menosprecian los aspectos positivos de la exposición y se concentran sólo en la retroalimentación negativa. Por ello es mejor dejar a un lado esta información por un tiempo y asegurarse de que esas conductas se incluyen como metas del siguiente juego de roles, en especial si el cliente no sugiere espontáneamente alguna de esas conductas problemáticas como meta.

En el caso de los clientes que durante el procesamiento posterior son autocríticos por una conducta objetivamente mala, como no hacer preguntas, la estrategia más común es compartir con él la conceptualización de la conducta problemática como una respuesta de evitación a una ansiedad significativa (y no como evidencia de habilidades sociales insuficientes o de alguna otra incompetencia del cliente). Al basar su trabajo en esta conceptualización el terapeuta puede indagar sobre los pensamientos automáticos que llevaron a la conducta problemática. Las respuestas del cliente suelen ser bastante esclarecedoras (p. ej., "Sin darme cuenta podría preguntar acerca de un tema delicado que ofenda a la otra persona"). El terapeuta puede entonces planear con el cliente el trabajo con esos pensamientos automáticos y la aproximación a la conducta social temida, incluyéndola como meta de una exposición futura.

A continuación se realiza la gráfica de las puntuaciones de la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar para el cliente. Diferentes patrones en esta escala pueden usarse para señalar cosas importantes. El patrón más común es que las puntuaciones iniciales sean bastante altas para declinar luego con el tiempo. En esos casos, el terapeuta puede señalar que el inicio suele ser la parte más difícil y que las cosas se harán más fáciles si el cliente se mantiene en la situación. Si este patrón se mantiene en las siguientes exposiciones, puede dar lugar a una nueva respuesta racional (p. ej., "Se hace más fácil", "Lo más difícil es comenzar"). En el caso de clientes que alcanzaron sus metas a pesar de haber presentado puntuaciones elevadas en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar durante toda la exposición, el terapeuta puede señalar que una persona puede sentirse muy ansiosa y aún así hacer lo necesario en una determinada situación social (p. ej., "Puedo sentirme ansioso y aún así expresar mi opinión" puede ser una respuesta racional futura). El terapeuta también indaga sobre cualquier pensamiento automático que pudiera haber interferido con la habituación, de modo que pueda ser abordado antes de la siguiente exposición. Otro patrón común es la disminución o estabilización de las puntuaciones de la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar que se elevan cuando el cliente percibe que surge una dificultad en la exposición. En ocasiones el terapeuta puede observar lo que condujo al aumento de la ansiedad (p. ej., una pausa en la conversación). Otras veces quizá no sea tan obvio y es necesario que el cliente explique lo sucedido (p.

ej., no hubo pausa pero el cliente pensó de manera automática que el tema actual había llegado a su límite y temió ser incapaz de continuar la conversación). Esos análisis pueden dar lugar a nuevas metas (p. ej., "Permítase hacer una pausa dos veces durante la conversación, así verá que puede recuperarse de las pausas y dejará de temerlas") y a nuevos objetivos de la reestructuración cognitiva (es decir, la creencia de que las pausas reflejan incompetencia social podría ser cuestionada y dar lugar a una respuesta racional como "Las pausas son parte normal de las conversaciones" o "Sólo tengo 50% de la responsabilidad de terminar una pausa"). Se pide luego a los clientes que califiquen de nuevo qué tanto creen en sus pensamientos automáticos y respuestas racionales, específicamente a partir de su experiencia en la exposición durante la sesión. Por último, se pregunta al cliente qué aprendió de la exposición que pueda ser aplicado a la vida fuera de la clínica.

Las tareas asignadas son una parte muy importante del tratamiento en este segmento porque se pide al cliente que entre en situaciones similares a las que se establecieron como objetivo en las exposiciones durante la sesión. Para ayudarlos a involucrarse en la reestructuración cognitiva antes de la exposición asignada como tarea, se les entrega una copia de la hoja de trabajo *Be Your Own Cognitive Therapist (BYOCT*), que también se revisa en la sesión y se ejemplifica en el libro de ejercicios del cliente. Este formulario conduce a los clínicos por cada uno de los pasos de la reestructuración cognitiva descrita y es común utilizarlo en las exposiciones realizadas durante la sesión y en las asignadas como tarea. Después de que se completa la exposición asignada como tarea, la segunda parte de *Be Your Own Cognitive Therapist* ayuda a los clientes a concluir el informe cognitivo y a consolidar el aprendizaje ocurrido durante y después de la experiencia con la tarea.

Segmento 4: Reestructuración cognitiva avanzada

Después de tres o cuatro sesiones de exposición, el terapeuta y el cliente deberían empezar a advertir temas comunes en los pensamientos automáticos del cliente. Esto es una indicación de que pronto será momento de pasar a la reestructuración cognitiva avanzada (capítulo 12 del libro de ejercicios del cliente). Este segmento ayuda al cliente a dejar atrás pensamientos automáticos específicos a la situación aplicando la técnica de la flecha hacia abajo (véase el trabajo de J. S. Beck 1995) a los pensamientos que se han repetido frecuentemente en el curso del tratamiento. Para cumplir esta tarea de manera eficiente, cliente y terapeuta revisan todas las tareas escritas que involucraron el registro de pensamientos automáticos, así como los pensamientos registrados antes de las exposiciones durante la sesión y el trabajo con las hojas *Peeling Your Onion* del libro de ejercicios, donde se presenta una aproximación sistemática al cuestionamiento de pensamientos automáticos y a indagar más a fondo las respuestas a esas preguntas hasta identificar las creencias centrales del cliente.

El inicio de la reestructuración cognitiva avanzada no señala el final de las exposiciones sino el terapeuta y el cliente crean exposiciones durante la sesión *en vivo* para desafiar las creencias centrales.

Por ejemplo, si un cliente tiene una creencia central parecida a "Debo ser perfecto para que los demás me acepten", podría participar en exposiciones que impliquen cometer errores o tropiezos sociales (p. ej., derramar una bebida, entregar un informe con un error) y advertir que los demás siguen siendo tolerantes. Las creencias centrales pueden cuestionarse también de otras maneras. Por ejemplo, puede pedirse al clínico que además de las exposiciones ponga atención en casos en que los errores de otros hace más fácil identificarse con ellos o los hace más entrañables. Por lo general se dedica toda una sesión a ayudar al cliente a utilizar la técnica de la flecha hacia abajo y cuestionar las creencias centrales. Otras sesiones no sólo siguen explorando las creencias centrales sino que también incluyen una exposición durante la sesión.

Segmento 5: Conclusión

Conforme el tratamiento se acerca a la Sesión 16, el terapeuta habrá planteado varias veces de manera informal el tema de la conclusión y, o reevaluación del contrato de tratamiento. Después de la Sesión 15 se asigna el capítulo 13 del libro de ejercicios del cliente. La Sesión 16 se enfoca formalmente en la evaluación del progreso, la prevención de recaídas y el tema de la finalización. El terapeuta y el cliente revisan una hoja de trabajo en que el cliente informa qué cosas aprendió en el tratamiento (p. ej., cómo identificar y cuestionar los pensamientos automáticos, la importancia de evitar al evitación). El terapeuta pide al cliente que proporcione puntuaciones actuales para todos los elementos de la jerarquía de temor y evitación que se desarrolló al inicio del tratamiento; a esto le sigue una discusión concerniente al progreso logrado y a evaluar la posibilidad de que se necesite más trabajo. Cuando cliente y terapeuta coinciden en que la conclusión es apropiada, se analizan los factores de riesgo para recaídas (p. ej., presión social de otros, nuevas situaciones que surgen mientras continúa la mejoría). También se hacen planes para lidiar con los indicios de recaída (p. ej., el cliente puede revisar capítulos del libro de ejercicios o llamar al terapeuta). Se procesan además las emociones ambivalentes (p. ej., orgullo y tristeza por la terminación de la relación terapéutica) que se asocian con la finalización.

En la clínica, después de la Sesión 16, vuelven a aplicarse los mismos instrumentos administrados antes del tratamiento. Los datos se presentan en el contexto de los resultados de la evaluación inicial para dar retroalimentación al cliente sobre esas evaluaciones. Al final de las 16 sesiones muchos clientes experimentan todavía ansiedad social problemática en algunas áreas. Como se mencionó en la primera sesión, el criterio para terminar el tratamiento no es la eliminación de la ansiedad social. Se considera que el cliente está listo para terminar el tratamiento si ha dejado de evitar situaciones sociales clave, si ha experimentado disminución importante de la ansiedad en algunas áreas y si cree que puede usar las habilidades adquiridas en la terapia para seguir trabajando de manera independiente. Es probable que la mayoría de los individuos que responden al tratamiento de esta forma sigan haciendo progresos después de terminar el tratamiento. Se recomienda hacer citas de seguimiento para supervisar la condición clínica del cliente (p. ej., al mes y a los seis meses después del tratamiento).

Para algunos individuos los logros alcanzados en el tratamiento serán evidentes, pero la ansiedad y la evitación seguirán siendo demasiado graves y generalizados para que el cliente siga por sí solo. Este fenómeno es más común entre los clientes que al inicio del tratamiento presentaban ansiedad social grave, por lo general, clientes con trastorno de personalidad por evitación o que temen a muchas situaciones sociales. Los clientes con comorbilidades importantes también pueden requerir más tiempo para obtener ganancias suficientes del tratamiento, en cuyo caso se recomienda continuar la terapia. El nuevo contrato, igual que el original, debe ser por 16 sesiones o menos, en ese momento debe hacerse otra evaluación. El plan de tratamiento por lo regular consta de más exposiciones y reestructuración cognitiva, aunque a menudo se incluyen nuevas áreas (p. ej., pasar de las amistades en el trabajo a las relaciones románticas).

ESTUDIO DE CASO

Presentamos aquí un caso para ilustrar mejor la forma en que se conduce la terapia cognitivo conductual individual para el trastorno de ansiedad social. Primero se proporcionan los antecedentes y los datos de la evaluación previa al tratamiento, seguido de la descripción del progreso de la cliente durante las 16 semanas de tratamiento y su condición al año y a los cinco años después del tratamiento. Advierta que el tratamiento se condujo de acuerdo con la primera edición del libro de ejercicios del cliente (Hope, Heimberg, Juster y Turk, 2000) y de la guía del terapeuta (Hope, Heimberg y Turk, 2006), lo que supone algunas diferencias de procedimiento respecto con la versión actualizada del protocolo presentado. Se tomó esta decisión a fin de poder presentar el ejemplo de un caso que incluía el examen de información de un seguimiento de largo plazo.

Josie, de 22 años, se presentó al tratamiento con una considerable ansiedad relacionada con la interacción social y las situaciones de desempeño. La joven estudiaba música en una universidad local y vivía con una compañera, no trabajaba a pesar de sus necesidades financieras. Josie se describía como una persona tímida a quien le resultaba difícil relacionarse con los demás. Socializaba con su compañera y con su novio, pero por su ansiedad a menudo rechazaba oportunidades para socializar con sus amigos.

Josie informó que no tenía amigos cercanos y que su ansiedad le impedía formar amistades estrechas, en especial con mujeres de su edad. La ansiedad social de Josie también produjo daños ocupacionales y académicos. Por ejemplo, aunque había acudido a numerosas entrevistas de trabajo e incluso había recibido ofertas de empleo, se encontraba desempleada porque su temor a ser despedida le hacía difícil aceptar las ofertas. Dijo que sentía mucha ansiedad en sus clases y que no participaba a menos que le hicieran directamente una pregunta, aunque la participación fuese una parte importante de la calificación. Muchas veces dejó de inscribirse en clases que le interesaban por los requisitos de participación. Además, en varias ocasiones durante el semestre Josie debía dar recitales y hacer críticas de sus composiciones musicales durante la clase; aunque nunca evitó ninguno de esos eventos, durante semanas se preocupaba por adelantado y sufría gran ansiedad durante su realización. Josie temía que su ansiedad social le ocasionaría mayores dificultades después de su graduación, cuando tendría que asistir a audiciones y entrevistas de trabajo.

Evaluación previa al tratamiento

Josie llegó a la clínica en busca de ayuda para su ansiedad social, aunque también tenía problemas de preocupación general, tensión, depresión y ataques de pánico. Se le aplicaron el ADIS-IV-Versión Vitalicia y una serie de instrumentos de autorreporte. Con base en esta información, Josie recibió un diagnóstico de trastorno de ansiedad social y una puntuación de 5 en el ADIS-IV-Versión Vitalicia, lo que indica síntomas entre moderados y severos. También recibió otros diagnósticos como trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor recurrente de gravedad moderada, trastorno por

estrés postraumático relacionado con un accidente automovilístico reciente y trastorno de pánico con agorafobia.

En lo que respecta a los instrumentos de ansiedad social, las puntuaciones de Josie indicaban temor significativo tanto en la interacción social como en situaciones de observación y desempeño (tabla 3-2). Heimberg y colaboradores (1992) sugirieron puntuaciones de corte de 34 para la versión completa con 20 reactivos de la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (temores a la interacción) y 24 reactivos de la Escala de Fobia Social (temores a la observación y el desempeño) para distinguir entre individuos con y sin trastorno de ansiedad social. Las puntuaciones de Josie en ambos instrumentos superaban esas puntuaciones de corte. De igual modo, en la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz Josie reportó miedo y evitación en situaciones de interacción social y de desempeño, y su puntuación total estaba muy por arriba de la puntuación de corte derivada empíricamente para detectar la presencia del trastorno de ansiedad social (Mennin *et al.,* 2002).

Tabla 3-2. Autorreporte y evaluaciones aplicadas por el clínico antes del tratamiento y en los seguimientos al año y a los cinco años

Instrumento	Antes del tratamiento	Seguimiento al año	Seguimiento a los 5 años
Autorreporte			
Escala Breve de Temor a la Evaluación Negativa	49	23	29
Escala de Ansiedad por la Interacción Social	48	22	23
Escala de Fobia Social	38	12	24
Inventario de Depresión de Beck-II	25	8	8
Inventario de Calidad de Vida	–0.9	1.1	–0.6
Calificado por el clínico			
Calificación de gravedad hecha por el clínico en ADIS-IV-L	5	3	3
Escala de Ansiedad Social de Liebowitz - Total	48	37	31

Nota: ADIS-IV-L, Programa de Entrevista para el diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV - Versión vitalicia

En condiciones ideales el tratamiento debería producir disminución de los síntomas y mejor funcionalidad del cliente, además de fomentar su sensación general de bienestar y satisfacción con la vida. Safren, Heimberg, Brown y Holle (1997) reportaron una puntuación promedio de 0.8 en el Inventario de Calidad de Vida para clientes con

trastorno de ansiedad social, que es significativamente menor a la puntuación promedio de la muestra no clínica de adultos reportada por Frisch (1994; *M* = 2.6, DE = 1.3). La puntuación de Josie indicaba que su grado de satisfacción con la vida era muy bajo, aunque similar al de otras personas con trastorno de ansiedad social.

La alteración del funcionamiento provocada por la ansiedad social y su asociación con una pobre calidad de vida a menudo da lugar a disforia. La puntuación de Josie en el Inventario de Depresión de Beck-II indicaba un nivel de depresión más grave de lo que se ve en el programa de tratamiento (Elting, Hope y Heimberg, 1997).

Josie no avaló la presencia de pensamientos suicidas. A partir de la entrevista clínica se determinó que el bajo estado de ánimo de Josie se relacionaba con depresión mayor recurrente. Este episodio depresivo más reciente había empezado seis meses antes de su evaluación y estaba asociado con experiencias sociales negativas mientras estudiaba en el extranjero. Josie dijo que su estado depresivo la angustiaba y le afectaba un poco menos que la ansiedad social, por lo que se consideró que la depresión era secundaria a su ansiedad social y que era improbable que tuviera un impacto adverso en su tratamiento. De igual modo, se determinó que sus otros diagnósticos, aunque clínicamente significativos, no suscitaban un nivel de preocupación que pudiera interferir o hacer descarrilar el tratamiento del trastorno de ansiedad social.

Tratamiento

Segmento psicoeducativo

SESIONES 1-2

Las dos primeras sesiones se dedicaron a sentar las bases del tratamiento, construir rapport, informar a Josie sobre el modelo cognitivo conductual del trastorno de ansiedad social y bosquejar sus metas para el tratamiento.

En las dos primeras reuniones Josie hablaba en voz muy baja, hacía poco contacto visual y expresaba sentimientos de desesperanza respecto con su capacidad para mejorar. Hizo muchas preguntas sobre cómo les había ido a otros clientes con el programa de tratamiento, a lo que la terapeuta respondió que el resultado con frecuencia depende de la capacidad del cliente para invertir un esfuerzo sistemático durante la terapia; también utilizó algunas de las experiencias de Josie para comparar los desafíos y recompensas que encontraría en el tratamiento, como preguntarle cuánto tiempo llevaba tocando piano y si había notado algún cambio en ese tiempo. Josie dijo que al principio el proceso exigía mucho esfuerzo y era muy difícil y hasta desalentador, pero que con la práctica y educación continua había alcanzado un punto en que lo disfrutaba y le rewsultaba sencillo. Esto pareció animar a Josie respecto con su pronóstico, dijo que estaba dispuesta a empezar el tratamiento y motivada para esforzarse mucho. La mayor parte de la primera sesión se dedicó a establecer rapport y a presentar el material psicoeducativo sobre la ansiedad social y los componentes del tratamiento. Para animar a Josie a hablar sobre sus experiencias de ansiedad social la terapeuta utilizó preguntas abiertas, preguntó si los ejemplos le parecían familiares y pidió que describiera algunas situaciones en que su ansiedad fuese mejor o peor que en otras. Por ejemplo, aunque

Josie creía experimentar mucha ansiedad cuando tocaba frente a una audiencia, consideraba que eso era común en la mayoría de la gente en esa situación. Sin embargo, cuando interactuaba con otros en las recepciones antes y después de los conciertos sentía ansiedad grave por lo que evitaba esas situaciones llegando a los recitales en el último minuto y saliendo en cuanto terminaba. Al participar en la sesión Josie demostró que entendía el importante concepto de que la ansiedad social se presenta en un continuo.

SESIÓN 3

En la tercera sesión se exploró el desarrollo de la ansiedad social de Josie y la forma en que se había mantenido al cabo de los años. Después de preguntarle a su madre, Josie se enteró de que desde pequeña era muy tímida y que su madre a menudo debía empujarla para que participara en actividades sociales con otros niños. También informó que su madre tendía a ser retraída y a limitar las interacciones con otros, cosa que Josie pudo tomar como modelo desde temprana edad. Dijo también que desde pequeña luchaba con la sensación de quedarse corta; por ejemplo, comentó que, aunque era buena deportista, nunca calificó para los equipos selectos de fútbol para niños, y que nunca recibió más que un tercer lugar o mención honorífica en recitales y competencias. La terapeuta revisó con Josie la forma en que esas experiencias podrían haber moldeado sus creencias de que no era lo bastante buena y también destacó que su tendencia a ver los aspectos negativos de las situaciones (p. ej., no obtener un primer lugar) en muchas ocasiones la había llevado a descalificar otros logros (p. ej., estar entre los cinco mejores ejecutantes en un certamen importante).

SESIONES 4 y 5

En la primera parte de la cuarta sesión, Josie y la terapeuta concluyeron la discusión iniciada en la tercera sesión sobre el papel que jugaron los estándares perfeccionistas y la baja autoeficacia en su experiencia de ansiedad social. El resto de esta sesión y la siguiente se dedicaron a desarrollar y perfeccionar la jerarquía de temor y evitación de la paciente (tabla 3-3). Josie reportó que le resultaba más sencillo interactuar personalmente con la gente que hacerlo por teléfono porque el contacto personal le permitía interpretar el lenguaje corporal y las expresiones faciales para identificar lo que la otra persona pensaba de la interacción.

Tabla 3-3. Jerarquía de temor y evitación con puntuaciones obtenidas antes del tratamiento, después del tratamiento y en los seguimientos al año y a los cinco años

Situación	Antes del tratamiento	Después del tratamiento	Seguimiento al año	Seguimiento a los años
1. Subir sola en el trasporte público				
Temor	100	20	9	90
Evitación	100	20	6	85

2. Quedarse después de los recitales para socializar				
Temor	95	7	3	55
Evitación	95	8	0	60
3. Ir a recitales				
Temor	90	7	3	45
Evitación	70	8	0	15
4. Llamar por teléfono a personas a las que solía estar cercana				
Temor	75	5	3	65
Evitación	60	5	1	60
5. Hacer críticas y hablar sobre mis composiciones en clase				
Temor	65	6	1	60
Evitación	50	1	0	20
6. Hablar con profesores y figuras de autoridad a las que respeto				
Temor	65	4	5	75
Evitación	50	2	5	60
7. Entablar y mantener conversaciones con amigos y gente a la que respeto				
Temor	60	3	4	25
Evitación	60	1	2	10
8. Hacer la primera llamada telefónica				
Temor	55	2	4	65
Evitación	5	0	1	35
9. Salir con las novias de los amigos de mi novio				
Temor	50	6	3	40
Evitación	85	2	0	15
10. Hablar con viejos amigos con los que perdí el contacto				

Temor	40	7	4	30
Evitación	70	4	2	45

Además, Josie sentía que era más fácil interactuar con hombres que con mujeres, a quienes consideraba más críticas. También se sentía más ansiosa cerca de personas a las que respetaba y admiraba que con desconocidos.

Segmento de entrenamiento en reestructuración cognitiva

SESIÓN 6

En esta sesión Josie conoció la reestructuración cognitiva. Aunque había demostrado entender la importancia de los pensamientos en la generación de sentimientos de ansiedad, le resultó difícil identificar sus propios pensamientos automáticos. En concreto, tendía a identificar cuestiones que le pasaban por la mente antes de o durante las situaciones que le provocaban ansiedad. Por ejemplo, al recordar una situación reciente que le provocó ansiedad cuando tuvo que presentar su trabajo frente al grupo, Josie identificó el pensamiento "¿Qué van a pensar de mí los demás?" La terapeuta ayudó a Josie a replantear esta pregunta como una afirmación de lo que temía pidiéndole que permitiera que su "yo ansioso" respondiera la pregunta. De este modo pudo elaborar pensamientos como "Los otros van a pensar que soy una idiota" y "Van a pensar que no me preparé para esta presentación". Identificó otros pensamientos como "Estoy malgastando su tiempo", "Se van a aburrir conmigo" y "Mi profesor se va a decepcionar porque no hice un buen trabajo". Muchos de los pensamientos automáticos parecían estar relacionados con una sensación general de decepcionar a los demás. La terapeuta le aseguró que la práctica continua le haría más fácil reconocer los pensamientos automáticos.

SESIÓN 7

En esta sesión Josie siguió batallando con la identificación de pensamientos automáticos, pero con ayuda pudo hacerlo cada vez mejor. También tuvo algunos problemas para identificar los errores de pensamiento contenidos en los pensamientos automáticos, y a menudo insistía en que todos los pensamientos calificaban como inútiles e improductivos, es decir, verdaderos, pero de poca ayuda. La terapeuta le hizo algunas preguntas de controversia para ilustrar el hecho de que los pensamientos no eran ciertos o del todo exactos, y que podrían aplicarse otros errores de pensamiento. Para el final de la sesión Josie tuvo un mejor manejo de los errores de pensamiento y empezó a utilizar con éxito algunas preguntas de controversia. Dijo que el trabajo de reestructuración cognitiva era mucho más difícil de lo que esperaba pero que estaba dispuesta a ponerlo en práctica durante las exposiciones.

SESIÓN 8

La terapeuta decidió dedicar otra sesión al trabajo de reestructuración cognitiva antes de

pasar a las exposiciones, de modo que Josie estuviera preparada al máximo. La práctica de reestructuración cognitiva se enfocó en una situación reciente en que Josie rechazó los boletos que le ofreció un profesor en la escuela para un espectáculo con su artista favorito. Josie pudo identificar muy bien los pensamientos automáticos relacionados con esta situación, entre los que se incluían los siguientes:

1. "Si acepto los boletos otros estudiantes se van a enojar conmigo".
2. "Estaré demasiado asustada para asistir y los boletos se van a desperdiciar".
3. "No voy a poder tomar el transporte público para llegar al lugar".
4. "Si logro tomar el transporte público me voy a extraviar y me perderé el espectáculo".
5. "Otros estudiantes desean los boletos más que yo".

Josie pudo identificar errores de pensamiento como adivinación, lectura de la mente y catastrofización. Sin embargo, existía evidencia de que era muy crítica consigo misma y de su dificultad ocasional para entender los conceptos de reestructuración cognitiva. Al principio le resultaba difícil identificar los errores de pensamiento en sus pensamientos automáticos y buscar la respuesta racional correcta. La terapeuta le sugirió que no había una forma correcta o incorrecta de cuestionar los pensamientos automáticos o de desarrollar una respuesta racional, pero Josie seguía considerando que sus sugerencias no eran lo bastante buenas. Además, mostró una gran frustración y pesimismo cuando empleó preguntas de controversia para cuestionar sus pensamientos automáticos. En concreto, tuvo problemas para cuestionar el pensamiento de que extraviarse en el metro le haría perderse de todo el espectáculo. Dijo que dudaba de su habilidad para leer el mapa del metro o para pedir ayuda y predijo que estaría tan perdida que se la pasaría dando vueltas y acabaría por regresar a casa o que llegaría al espectáculo después de que hubiera empezado. Pronosticó que, en cualquier forma, la ansiedad que le provocaba llegar tarde al espectáculo la haría regresar a casa. Dijo que el hecho de perderse en el transporte público la haría sentir decepción, bochorno y vergüenza porque eso significaría que no pudo asistir al espectáculo y que eso molestaría a sus compañeros, quienes pensarían que había desperdiciado la oportunidad.

La frustración de Josie por la fuerza de sus pensamientos ansiosos era cada vez mayor e indicó que se sentía estúpida por no haber podido rebatirlos. Esto resaltó algunos patrones que habían aparecido durante el tratamiento, como la tendencia de la paciente a mostrar un pensamiento de todo o nada con base en estándares perfeccionistas (p. ej., evaluar sus pensamientos y respuestas conductuales como totalmente correctas o totalmente equivocadas) e impaciencia por su progreso en el tratamiento. A pesar de eso, dijo estar dispuesta a seguir practicando y a avanzar en las exposiciones. Durante el resto de la sesión la terapeuta trabajó con Josie en el cuestionamiento de sus pensamientos automáticos. Para la paciente resultó de gran utilidad aceptar que no tenía evidencia de que se extraviaría y reconocer que aunque se perdiera, asistir al espectáculo era lo suficientemente importante para pedir ayuda o instrucciones.

Segmento de exposición

SESIÓN 9

Durante la revisión de la tarea Josie dijo que pudo utilizar sus habilidades de reestructuración cognitiva cuando se encontró con una antigua compañera en una cafetería. Comentó que el intercambio se había dado con mucha mayor fluidez de lo que anticipó y que eso la alentaba para sentir más confianza en su capacidad para entender y utilizar las habilidades de reestructuración cognitiva en situaciones sociales. Respecto con la exposición durante la sesión, la terapeuta quería elegir una situación que fuese relevante para las metas del tratamiento, provocara una ansiedad moderada y en la que fuese probable que Josie tuviera un desempeño relativamente bueno. En la exposición durante la sesión se hizo un seguimiento de la reciente interacción de Josie con Anne, una compañera de clase que le había mencionado que algunos compañeros se encontrarían el fin de semana para pasar el rato. Sin embargo, Anne no la llamó para hacer planes específicos y Josie tampoco siguió con los planes para asistir al evento, por lo que terminó por no asistir. Josie pensó que Anne no la había llamado porque podría haber interpretado sus síntomas de ansiedad (p. ej., timidez, silencio, falta de contacto ocular) como desinterés en la socialización. La exposición de Josie incluyó una conversación con Anne, cuyo papel fue desempeñado por la terapeuta, sobre el malentendido. Los siguientes extractos corresponden a la reestructuración cognitiva previa a la exposición.

TERAPEUTA: Antes de la exposición vamos a revisar la hoja de *Be Your Own Cognitive Therapist* y a repasar la situación. ¿Cuáles son sus pensamientos automáticos si imagina que esa situación ocurre ahora?

JOSIE: No voy a hablar con ella porque no sé qué decir. Además, no le diría nada sobre el hecho de que no me llamó porque eso sería muy incómodo. Me mostraría muy amistosa y sonreiría todo el tiempo.

TERAPEUTA: ¿Está haciendo alguna predicción sobre la forma en que se daría la interacción?

JOSIE: ¡Oh sí! Voy a quedarme sin habla y ella va a juzgarme. Eso es lo que pienso.

TERAPEUTA: Muy bien, muy buen trabajo en la identificación de esos pensamientos automáticos. Ahora bien, ¿qué tipo de emociones se presentan cuando tiene esos pensamientos?

JOSIE: Me siento triste. La ansiedad casi desaparece y no me apetece hablar con ella. También siento un poco de enojo y frustración conmigo porque no puedo confrontarla sobre esto y porque no quiero incomodarla.

TERAPEUTA: Parece que este tipo de pensamiento puede llevarla a no decir nada, y por ende a evitar la interacción.

JOSIE: Si, definitivamente la evitaría.

TERAPEUTA: Bien, esta exposición nos permitirá practicar la confrontación de esos pensamientos automáticos, pero primero necesitamos practicar la reestructuración cognitiva. ¿Por qué no empezamos con la identificación de algunos errores de

pensamiento?

JOSIE: Ahora mismo veo afirmaciones del tipo "debería" y adivinación, y pensar que ella va a juzgarme es lectura de la mente.

TERAPEUTA: Buen trabajo. Ahora vamos a tratar de rebatir algunos de esos pensamientos. Empecemos con el pensamiento automático "No voy a hablar con ella porque no tendría nada que decir". ¿Está segura de eso?

JOSIE (*sonriendo*): No, en realidad quiero hablar con ella y siempre podría preguntarle cosas insignificantes. No tengo evidencia de que no tendré nada que decir.

TERAPEUTA: ¿Entonces podría encontrar algo que decir?

JOSIE: Sí, podría inventar algo incluso si se trata de una charla trivial. Quiero preguntarle qué sucedió, pero no quiero parecer demasiado agresiva o beligerante. Me siento mal cuando confronto a la gente.

TERAPEUTA: Entonces vamos a descubrir algunas formas en que se sienta cómoda proponiéndole salir juntas, formas que le permitan enviar su mensaje sin sentirse agresiva o torpe. Esto puede ayudarnos a empezar a identificar algunas metas conductuales para la exposición. Veamos qué le gustaría pedirle o decirle.

JOSIE: Bueno, quiero preguntarle si podemos salir en algún otro momento dado que no me llamó la última vez. Pero de forma automática pienso que no le diría nada porque eso haría que la situación resultara muy incómoda. Si cuestiono eso supongo que en realidad no sé si eso haría que la situación fuese incómoda.

TERAPEUTA: ¿Qué otra cosa podría suceder si dijera algo?

JOSIE: Ella podría disculparse y preguntarme si quiero salir y yo le diría que me encantaría ir la próxima vez que me invite. En primer lugar fue ella quien me invitó; no me llamó porque creyó que no quería ir.

TERAPEUTA: Bien. Identificamos algunos pensamientos automáticos y me dice que la hicieron sentir triste y frustrada. Luego los cuestionamos y encontramos algunos pensamientos de afrontamiento. ¿Cómo la hacen sentir esos pensamientos?

JOSIE: Mejor. Me siento mucho mejor.

TERAPEUTA: ¿Cómo los resumiría en una respuesta racional? ¿Hay algo que destaque para usted?

JOSIE: "Decir algo podría tener un resultado positivo" eso es algo que en verdad destaca para mi. Me sentiría mejor y las cosas podrían mejorar si me recuerdo eso. Me ayudará a cuestionar el pensamiento de que voy a quedarme sin habla o sin cosas que decir.

La terapeuta eligió ese pensamiento automático para la reestructuración cognitiva porque se había presentado de manera recurrente cuando Josie hacía la tarea y porque parecía pertinente para la exposición inminente. La terapeuta se esforzó además por ayudar a Josie a avanzar con relativa rapidez por la reestructuración cognitiva porque entre más se postergara la exposición, más ansiosa se pondría y eso le haría más difícil enfocarse en la

reestructuración cognitiva. El siguiente paso fue establecer metas para la exposición. Josie decidió que en esta sesión incluiría entre sus metas conductuales alcanzables decirle a Anne que si había estado interesada en el reciente evento social, comentarle que le gustaría salir con ella en algún momento cercano y darle su número telefónico.

La exposición empezó con Josie y la terapeuta de pie para simular más cercanamente la interacción que podría ocurrir si se encontraban en un corredor de la escuela. Josie se paró en un lugar desde el que podía ver su respuesta racional y sus metas conductuales escritas en el caballete.

TERAPEUTA: Josie, ¿cuál es su puntuación inicial en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar?

JOSIE: Alrededor de 45

TERAPEUTA: Muy bien, ¿y cuál es su respuesta racional?

JOSIE: Decir algo podría tener un resultado positivo.

Josie y la terapeuta empezaron a charlar sobre la clase y Josie sacó a colación el tema del evento social reciente. La terapeuta permitió que la exposición continuara por unos cinco minutos. A solicitud de la terapeuta Josie proporcionó las puntuaciones de la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar a intervalos de un minuto durante la interacción y leyó su respuesta racional en voz alta. Después de terminar la exposición empezaron con el procesamiento posterior.

TERAPEUTA: ¿Alcanzó sus metas conductuales?

JOSIE: Le dije que me gustaría salir con ella y le pedí que me llamara de nuevo.

TERAPEUTA: Entonces si cumplió sus metas. Buen trabajo. ¿Se presentó algún pensamiento automático nuevo?

JOSIE: Me di cuenta de que estaba muy inquieta y pensé "Esto es escalofriante", pero también me pareció que a ella le agradaba la interacción. Pensé que en realidad no tenía razón para sentirme nerviosa.

TERAPEUTA: ¿Se presentaron los pensamientos que identificamos antes?

JOSIE: Sí. Pensé que no sabría qué decir y hubo una pausa en la conversación, pero las cosas mejoraron cuando dije algo. Me preocupaba resultarle incómoda, pero creo que fue más incómodo para mi porque estaba muy nerviosa.

TERAPEUTA: ¿Qué tal funcionó su respuesta racional?

JOSIE: Bastante bien; resultó muy fácil de recordar y al decirla yo creía que era verdad. De verdad me ayudó a pensar más en los pensamientos racionales que en los ansiosos.

TERAPEUTA: Veamos su puntuación en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar. Comenzó en 45 y se elevó a 55 cuando empezó la conversación. Cuando dijo que le gustaría que la llamara la puntuación se fue a 60. Cuando ella le contó lo que había sucedido, la puntuación disminuyó a 40.

Después de una charla trivial, bajó a 20. Esa fue una disminución bastante significativa.

JOSIE: Las cosas mejoraron mucho después de que logré recuperarme de ese tropiezo cuando le dije que me gustaría salir.

TERAPEUTA: ¿Qué pensamientos recuerda haber tenido entonces?

JOSIE: "No debería decir nada", "Tendría que irme", "Tengo que decir algo".

TERAPEUTA: ¿Qué sucedió entonces?

JOSIE: Dije mi respuesta racional cuando me lo pidió, justo después de preguntarle qué había pasado, y me sentí mucho mejor. Me pareció que las cosas iban a estar bien. De verdad me sentí muy bien por la forma en que resultaron las cosas.

Después de procesar la exposición la terapeuta ayudó a la paciente a planear la exposición *en vivo* que haría por sí sola esa semana. Josie planeó reunirse con una antigua compañera de cuarto para tomar un café y utilizar los formularios de *Be Your Own Cognitive Therapist* para guiarse en la reestructuración cognitiva, la exposición y el procesamiento posterior de la experiencia.

SESIÓN 10

En la décima sesión Josie informó que había tenido una semana muy difícil pero también gratificante. Recordó una crítica que se hizo en clase de su trabajo y, aunque su ansiedad era intensa, pudo arreglárselas para permanecer en esa situación recordándose su respuesta racional: "Puedo aprender algo de la retroalimentación". También comentó que había completado dos exposiciones *en vivo*, incluyendo la reunión para tomar café con su antigua compañera de cuarto y una conversación con Anne, su compañera de clase, justo como había practicado en la exposición de la semana anterior. Josie parecía muy animada por los resultados de esas situaciones y por su habilidad para usar las técnicas de reestructuración cognitiva antes de y durante los eventos que le causaban ansiedad.

Para la exposición en esta sesión Josie planeó interactuar con dos mujeres que desempeñarían los roles de las prometidas de los amigos de su novio, con quienes sentía que no podía relacionarse. La terapeuta anticipó que esta experiencia podría ser más difícil para Josie porque involucraba una interacción muy poco estructurada y una probable conversación sobre temas con los que no estaba familiarizada, como la planeación de una boda. Josie reportó los siguientes pensamientos automáticos en anticipación de la exposición:

1. "Todavía no me caso, ¿qué voy a saber acerca de relaciones y bodas?"
2. "Se van a ofender con mis puntos de vista".
3. "Van a pensar que soy rara".
4. "Van a pensar que soy demasiado joven".
5. "No voy a dar las respuestas correctas a sus preguntas".

Igual que sucedió con los pensamientos automáticos en la primera exposición, Josie pudo

identificar errores de pensamiento como adivinación, lectura de la mente, etiquetar y pensamiento de todo o nada. El uso de las preguntas de controversia la ayudó a refutar los pensamientos automáticos que había identificado. En respuesta al primer pensamiento Josie decidió que aunque no estaba casada, había estado en una relación por varios años, por lo que podría relacionarse con las otras mujeres en ese nivel. Además, había ayudado a su hermana en la planeación de su boda, por lo que estaba familiarizada con algunos aspectos de esa tarea. En lo concerniente a su temor de resultar ofensiva, advirtió que no estaba segura de que pudiera ofenderlas con sus puntos de vista y que una perspectiva diferente podría dar lugar a una conversación interesante. A Josie le resultó más difícil cuestionar el pensamiento automático de que las otras mujeres creerían que era rara, pero se sintió satisfecha cuando decidió que podría vivir consigo misma si ellas pensaban que era un poco inusual y que era improbable que eso afectara su relación con ellas. En lo que respecta a sus temores de que pensarían que se comportaba como alguien demasiado joven, se dijo que era sólo dos años menor que esas mujeres, pero había elegido para sí una trayectoria distinta que implicaba continuar su educación y dejar el matrimonio hasta que se sintiera más establecida en la vida, una decisión que consideraba muy madura. En respuesta al pensamiento automático de que no daría la respuesta correcta a sus preguntas, Josie argumentó que tal vez no existían respuestas correctas o equivocadas, y que incluso si daba una respuesta que no coincidiera con las opiniones de las otras mujeres, podría recuperarse de esos errores, y que las diferencias de opinión podrían dar lugar a una conversación interesante.

Josie decidió que una respuesta racional apropiada sería una que la ayudara a sentir que podía relacionarse con esas mujeres a pesar de sus circunstancias distintas. Su respuesta racional para esta exposición fue "No soy tan distinta". Sus metas fueron hablar sobre sus propios intereses (p. ej., la música), hacer una pregunta, ofrecer una opinión y permanecer en la conversación hasta que terminara la exposición. Las puntuaciones de Josie en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar empezaron en 45, disminuyeron a cerca de 20 al cuarto minuto de la exposición, y llegaron a 15 en el último minuto de la exposición de ocho minutos. Josie cumplió todas sus metas conductuales, y aunque al inicio de la conversación se mostró silenciosa en comparación con los participantes en el juego de roles, conforme pasaba el tiempo parecía más relajada. Josie dijo que la exposición había resultado bastante bien y que le agradó que haber compartido una historia durante la conversación hubiera dado lugar a un cambio de tema y a una conversación adicional. Aunque no compartió sus experiencias y opiniones, pudo encontrar la manera de relacionarse con ellas y participar en la conversación. Dijo que en algún momento pensó en alejarse, pero que se convenció de permanecer en la situación. La tarea de Josie fue llamar a un antiguo compañero de composición musical, conversar con él por teléfono y pedirle que la escuchara practicar una pieza en la que estaba trabajando para un espectáculo próximo.

SESIÓN 11

Antes de esta sesión, Josie estuvo muy ocupada con las clases y la preparación para un

próximo recital con sus composiciones como parte de un examen final, por lo que faltó a varias sesiones. Comentó que el mes anterior había asistido a una entrevista para un trabajo en una librería local, que le ofrecieron el puesto y que lo había aceptado. Dijo que había sentido mucha ansiedad durante la entrevista y en los primeros días de trabajo, pero que ahora se sentía mucho más confiada. Aunque había logrado mejoras notables en la ansiedad autorreportada y siguió mejorando durante el mes que había interrumpido el tratamiento, la terapeuta planteó la importancia de completar las cinco o seis semanas del programa de tratamiento. Josie se comprometió a seguir con la terapia y hacer las tareas de manera más sistemática. Aunque formalmente no había estado haciendo la tarea y no se llevó a cabo una exposición durante la sesión, la terapeuta revisó el progreso obtenido por Josie hasta ese momento en relación con su jerarquía de temor y evitación. La socialización con un grupo de amigos y montarse sola en un transporte público se identificaron como áreas para continuar el trabajo. Se le asignó la tarea de distribuir a amigos y familiares volantes con el anuncio del próximo recital, lo que involucraba interacciones sociales repetidas y tener que hablar de su trabajo. También se le asignó la tarea de leer el capítulo del libro de ejercicios relacionado con las interacciones sociales y entablar charlas triviales.

SESIÓN 12

Durante la revisión de la tarea en la Sesión 12 Josie dijo que había interactuado con muchas personas en el campus y alrededor de la ciudad mientras promocionaba un espectáculo cercano, y que la conversación había fluido con mayor facilidad de lo anticipado. Dijo que le había ayudado recordar que era experta en sus propias composiciones musicales, por lo que al menos podía hablar un poco sobre el espectáculo que estaba promocionando. La tercera exposición completada en esta sesión se diseñó para ayudarla a trabajar en algunos de sus pensamientos automáticos relacionados con el próximo recital ese fin de semana. La terapeuta había planeado una exposición en la que Josie tuviera que interactuar con miembros de la audiencia en la recepción posterior a su recital, algunos integrantes del personal de la clínica se ofrecieron para desempeñar esos papeles. Josie aceptó que esta exposición era muy relevante para sus preocupaciones actuales y que la haría sentir muy ansiosa. Reportó los siguientes pensamientos automáticos en anticipación a la exposición:

1. “Voy a sonar pretenciosa si hablo de manera confiada sobre mi desempeño”.
2. “Hablan conmigo sólo porque sienten pena por mi”.
3. “Tengo que impresionarlos”.
4. “Van a pensar que esto es aburrido”.
5. “No sabré qué decir”.

Josie pudo identificar errores de pensamiento como el de todo o nada, etiquetar, adivinación y lectura de la mente. Durante la reestructuración cognitiva fue alentada a ver sus experiencias exitosas en las dos exposiciones anteriores como evidencia de que podía

hablar de cosas que eran de interés para otros. Con la ayuda de la terapeuta llegó a la siguiente respuesta racional: "Puedo hablar acerca de mi presentación porque yo la creé".

Las metas de Josie fueron hablar despacio, proporcionar información sobre sí misma, responder las preguntas que le plantearan y permanecer en una determinada interacción hasta que la otra persona la terminara. La puntuación inicial de Josie en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar empezó en 80, pero al cabo de tres minutos había disminuido a 30. Al final de la exposición de 10 minutos su puntuación estaba por debajo de 20. Una vez más, Josie cumplió sus metas conductuales y su presentación fue objetivamente diestra. Josie dijo que, además de su respuesta racional, le ayudó decirse que no tenía que tomarse en serio todo lo que dijeran los demás. Josie pensó que la exposición había salido muy bien e incluso comentó que le había divertido interactuar con los miembros de la audiencia y ser el centro de atención. Sintió que esta práctica iba a serle muy útil cuando se encontrara en la situación real en el recital de ese fin de semana. Su tarea fue usar la hoja de trabajo de *Be Your Own Cognitive Therapist* antes y después del recital como preparación para afrontar los pensamientos ansiosos que pudieran surgir antes, durante y después de la presentación.

SESIÓN 13

Josie llegó a la sesión e informó que su ansiedad en la recepción que siguió al recital de la semana anterior había sido mucho más manejable que en el pasado y que de hecho había disfrutado las conversaciones que sostuvo con sus familiares, maestros y compañeros. Reportó que se sintió confiada acerca de su presentación y que eso la ayudó a sentirse cómoda y tranquila al interactuar con otros en la recepción. Aunque Josie reportó haber experimentado mucha ansiedad cuando empezó a socializar con familiares y amigos después del recital, dijo que su ansiedad había disminuido considerablemente mientras seguía conversando con otros sobre su presentación y que en ningún momento pensó en abandonar la recepción. Josie sintió que el recital y la recepción habían sido un éxito y que su ansiedad no le impidió disfrutar esas situaciones como sucedió en el pasado.

Josie sugirió que para una exposición durante la sesión resultaría de ayuda practicar el hecho de recibir retroalimentación, tanto positiva como negativa, acerca de su desempeño musical y académico. Esta situación era relevante porque, como parte de un examen final en el curso de composición musical, Josie tenía que tocar una composición original frente a otros estudiantes y su maestro y luego recibir retroalimentación. Aunque su capacidad para hacerlo había mejorado en una escala menor durante su trabajo en el curso, la crítica en esta clase particular le provocaba mucha ansiedad y deseaba recibir ayuda directa con la reestructuración cognitiva y la práctica conductual. La terapeuta decidió conducir dos pequeñas exposiciones, una en la que Josie recibía retroalimentación neutral o positiva de sus compañeros de clase y su maestro, y otra en que recibía retroalimentación negativa. Cada exposición fue diseñada para durar entre 5 y 10 minutos para permitirle discutir adecuadamente su composición y su presentación y recibir y responder a la retroalimentación. Varios miembros del personal de la clínica se ofrecieron a ayudar en esta exposición.

Antes de la exposición Josie identificó los siguientes pensamientos automáticos para ambas exposiciones:

1. "Voy a arruinar esto".
2. "Debo parecer profesional".
3. "Mi presentación debe ser perfecta para impresionarlos".
4. "No sabré qué decir".
5. "No voy a entender sus preguntas".

Josie pudo identificar errores de pensamiento como la adivinación, pensamiento de todo o nada, catastrofización, y afirmaciones en términos de "debería". También advirtió la forma en que sus estándares perfeccionistas y sentimientos de baja autoeficacia eran rápidamente activados por esta situación que involucraba la evaluación manifiesta de su desempeño y sus habilidades de interacción. Después de cuestionar sus pensamientos automáticos, Josie decidió que una respuesta racional útil en cada una de las exposiciones sería "Conozco mi trabajo porque yo lo hice", la cual la animaría a seguir hablando con confianza sobre su composición y su desempeño, con independencia de la retroalimentación recibida. Las metas conductuales fueron responder a las preguntas que se le hicieran y hacer preguntas de seguimiento si necesitaba aclaración.

Se planeó que las exposiciones tuvieran lugar inmediatamente después de una presentación y que empezaran con Josie diciendo "Gracias, me gustaría saber lo que piensan de la pieza". En la primera exposición recibió una mezcla de retroalimentación neutral y positiva sobre su composición, su desempeño y su habilidad para conducirse durante la crítica. La puntuación de Josie en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar empezó en 45 y al cabo de tres minutos había disminuido a 15. La paciente cumplió todas sus metas conductuales. La segunda exposición comenzó de la misma forma, pero esta vez recibió una mezcla de retroalimentación neutral y negativa; los escuchas señalaron errores que había cometido en su presentación, le dijeron que se veía nerviosa e indicaron que no les había gustado la pieza musical que había compuesto. La puntuación de Josie en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar comenzó de nuevo en 45 y aumentó hasta 60 cuando recibió el primer comentario negativo. Para el quinto minuto de la exposición la puntuación era de 30 y para el final había disminuido a 20. Una vez más, Josie cumplió sus metas conductuales y dijo que había manejado muy bien ambas situaciones. Josie advirtió que aunque su ansiedad se había elevado cuando recibió retroalimentación negativa, le pareció que había respondido a los comentarios con cortesía y que incluso pudo aprender de ellos. Sintió que la exposición la ayudaría a prepararse para las próximas sesiones de retroalimentación en clase. Como tarea, se le pidió que leyera el capítulo del libro de ejercicios sobre creencias centrales y que hiciera una exposición *en vivo* que implicara viajar con un amigo en transporte público hacia y desde la escuela. También se le pidió que completara una hoja de trabajo de *Be Your Own Cognitive Therapist* antes y después de su presentación y evaluación en clase.

Segmento de reestructuración cognitiva avanzada

SESIÓN 14

Josie completó la tarea de exposición de viajar en autobús con un amigo hacia y desde la escuela y dijo que no se había sentido muy ansiosa. Comentó que la próxima vez tomaría el autobús por sí sola y que trabajaría para ir a lugares más lejanos y menos familiares. También reportó que las cosas habían salido bien con su evaluación en clase, que su ejecución de la pieza que compuso salió bien, aunque creía que se equivocó una o dos veces. Sin embargo, advirtió que ningún estudiante le había dado retroalimentación que indicara que se habían percatado del error. Josie informó haberse sentido increíblemente ansiosa después de terminar de tocar y que justo antes de la sesión de retroalimentación incluso había pensado excusarse por unos minutos. Recordar su respuesta racional "Puedo aprender algo de su retroalimentación" la animó a permanecer en clase y completar la evaluación. Aunque le hicieron algunas preguntas difíciles sobre cómo había compuesto la pieza y quién la había influenciado, Josie pensó que había hecho un trabajo decente, aunque se trabó con las palabras unas cuantas veces. Se dio cuenta de que algunos estudiantes comentaron que no les gustaba en particular el estilo de música que había elegido, pero dijo que no había tomado esos comentarios de manera personal. En general, Josie sintió que había aprendido mucho de la retroalimentación de los estudiantes y de su maestro y que, aunque ansiosa, le pareció que era un nivel aceptable de ansiedad dados los aspectos de desempeño y evaluación de la situación.

Josie no había leído el capítulo sobre creencias centrales, por lo que la terapeuta dedicó tiempo de la sesión a presentar este concepto. Durante la sesión la paciente se esforzó por identificar sus creencias centrales, para lo cual uso la hoja de trabajo *Peeling Your Onion*. Se percató de que sus pensamientos automáticos más comunes estaban relacionados con las etiquetas que se imponía, con la sensación de que no estaba a la altura de las expectativas de los demás y con los temores de que la juzgarían negativamente por sus habilidades sociales o de desempeño. Josie sintió que el tema de "no estar a la altura" le resultaba familiar y que se relacionaba con sus creencias acerca de no haber cumplido los estándares de sus padres y de no hacer nada bien, lo que la llevó al perfeccionismo. Josie identificó que el pensamiento "No estoy a la altura" se relacionaba con el temor a no tener éxito en la vida y a la idea de que debía ser perfecta para lograrlo. Identificar esta cadena de pensamientos la dejó con sentimientos de tristeza, frustración y decepción. A partir de aquí se ocupó en la hoja de trabajo e identificó la creencia central "Si no soy perfecta no tengo valor". Se dedicó tiempo a idear exposiciones que la paciente pudiera hacer por sí sola para probar y cuestionar dicha creencia central. La terapeuta le pidió que, como tarea, cometiera algunos errores intencionales mientras tocaba el piano para algunos miembros de su familia, de modo que pudiera cuestionar la creencia central de que cualquier cosa que no fuese perfecta representaba un fracaso. Josie también identificó otra situación en la que podría equivocarse intencionalmente mientras usaba el sistema de intercomunicación en su trabajo. La terapeuta la retó, además, para que identificara la forma en que sus imperfecciones de hecho podían haber contribuido a su valor como persona. Aunque se

mostraba renuente, Josie aceptó hacerlo cuando recordó la importancia de enfrentar las situaciones a las que temía.

SESIÓN 15

Josie llegó a la decimoquinta sesión y dijo que no había podido cometer un error intencional en su presentación musical frente a sus familiares, pero que si lo había logrado al usar el sistema de intercomunicación en el trabajo. La terapeuta continuó el uso de la reestructuración cognitiva para explorar la creencia central de Josie de "Si no soy perfecta no tengo valor".

TERAPEUTA: Bien, la semana anterior empezamos a hablar acerca de algunos temas centrales, me pareció que salió de aquí sintiéndose un poco abrumada. ¿Cómo se siente ahora al respecto?

JOSIE: La sesión fue difícil porque yo me sentía realmente bien por haber superado cosas difíciles al principio, como aprender a identificar los pensamientos automáticos, ver dónde estaba su error, encontrar una respuesta realmente buena que los cuestionara y creerla de verdad. Me sentía bien porque ahora puedo hacerlo de manera casi automática o al menos sin esforzarme demasiado. Sentía que lo había logrado y luego tuvimos que enfrentar de nuevo algo verdaderamente aterrador. Sentí que había dado un paso gigante a un nivel de trabajo mucho más difícil.

TERAPEUTA: Las cosas de las que hablamos la semana pasada fueron muy difíciles. El hecho de que se sienta tan diferente es un buen indicio de que en verdad identificamos sus creencias centrales. Pero recuerde todo el trabajo y práctica que ha invertido en identificar y cuestionar todo pensamiento automático o situación en la que hemos trabajado. No todo sucedió de inmediato; vamos a hacer lo mismo en lo que respecta a sus creencias centrales. Todo lo que hemos hecho es identificarlas; ahora vamos a dedicar tiempo a cuestionarlas y a poner a prueba el pensamiento "Si no soy perfecta no tengo valor". Vamos a empezar a hacerlo en esta sesión, pero éste es un trabajo que deberá continuar por sí sola. ¿Cuáles podrían ser algunos de los errores de pensamiento? ¿Qué factor limitante encuentra en la idea de que cualquier cosa que sea inferior a 100% es un fracaso?

JOSIE: Eso es catastrofización. Probablemente también es una afirmación en términos de **debería** porque me parece que debo ser perfecta; también puede ser adivinación porque estoy asumiendo que al final las cosas saldrán mal. Eso es.

TERAPEUTA: ¿Qué hay acerca del pensamiento de todo o nada?

JOSIE: Oh sí, definitivamente. En mi mente parece que es 0 o 100% de éxito.

TERAPEUTA: ¿Cómo podríamos cuestionar esto? No será fácil pero vamos a intentarlo.

JOSIE: Bueno, supongo que con cuestionamientos sencillos, por ejemplo, "¿Cómo sé que no valdré nada si no soy perfecta?" No lo sé, supongo que no ser perfecta no tiene que ser igual a no tener valor.

TERAPEUTA: Háble me más acerca de eso.

JOSIE: Algunas cosas pueden ser valiosas aunque no sean perfectas. Como la gente, o el arte.

TERAPEUTA: ¿Entonces los defectos o peculiaridades hacen a las personas más interesantes?

JOSIE: Sí, eso es lo que más me gusta de mi novio. Son cosas que molestan a otras personas pero que yo encuentro adorables. Me gustan las cosas que son imperfectas, que tienen su propia personalidad y que no son del todo correctas. De hecho no tengo problema cuando la imperfección es de alguien más, pero conmigo es diferente.

TERAPEUTA: ¿Es una crítica más severa consigo misma que con otros?

JOSIE: Definitivamente. Es una pena que no pueda verme de la forma en que veo a otros.

TERAPEUTA: Tal vez pueda hacerlo, quizá podamos intentarlo. Es difícil porque se ha mirado críticamente durante mucho tiempo. Para que esto cambie necesitará mucho esfuerzo y práctica. ¿Cuál podría ser la recompensa de intentar algo, además de ser un juez más duro con usted que con los demás?

JOSIE: Supongo que el trabajo valdría la pena, como con todo lo demás. Con práctica logré incluso divertirme en mi presentación. No creí que sería un fracaso, pensé que podría hacerlo y fue un gran éxito.

TERAPEUTA: ¿Hubo algunos pequeños errores esa noche? ¿Cosas que salieron mal pero que pudo afrontar?

JOSIE: Oh sí, muchísimos. Como el hecho de que olvidé el nombre de mi amiga cuando la presentaba con mis padres. Pero eso no arruinó la velada. En general las cosas salieron bien y así me sentí al respecto. Pude pasar por alto esas fallas y disfrutar la velada.

TERAPEUTA: Entonces, si piensa en esa situación, ¿qué tan cierto le parece que si no es perfecta no tiene valor?

JOSIE: Cuando llegué aquí todo me abrumaba; ahora que puedo ver todo el trabajo que hemos hecho me siento mejor. Me parece que puedo refutar esa idea. Ya no me parece que sea del todo cierta.

TERAPEUTA: Muy bien, ¿cuál sería alguna evidencia de que esta creencia central puede no ser cierta?

JOSIE: Bien, para cualquier otro está bien no ser perfecto. Tal vez para mí lo sea un poco menos, pero supongo que aun así está bien. Y algunas personas me parecen más valiosas por sus imperfecciones. Supongo que ser perfecto es aburrido. Ser perfecto es imposible.

TERAPEUTA: Parece que se había impuesto un estándar muy alto.

JOSIE (*con risas*): Sí, no conozco a nadie que sea perfecto. Todos cometen errores, incluso yo. Especialmente yo. En la historia del mundo todos han sido imperfectos.

TERAPEUTA: Correcto. Regresemos ahora con usted, no sólo con los demás. ¿Tenemos evidencia de que puede ser valiosa aunque sea imperfecta? ¿Hay algo

positivo en la imperfección?

JOSIE: Eso me hace más única, me convierte en un individuo. Da lugar a retos interesantes; puede llevar a una vida realmente apasionante. Podría aprender mucho sobre diferentes formas de hacer las cosas, probar todo tipo de cosas nuevas. Cometer muchos errores y aprender a hacer bien las cosas la próxima vez. No perfectas, sólo mejores, y a dejar espacio para el fracaso.

TERAPEUTA: Entonces, ¿qué tanto cree ahora que si no es perfecta no tiene valor?

JOSIE: Tal vez un 20%. Justo ahora, al menos, sólo 20%.

TERAPEUTA: ¿Cómo podemos resumir algunos de esos desafíos que la llevaron a creer en esa idea sólo alrededor de 20%? ¿Cuál podría ser una respuesta racional a la creencia central de que "Si no soy perfecta no tengo valor"?

JOSIE: No lo sé; es difícil. ¿Si no soy perfecta soy valiosa? No lo creo, pero me hace reír. Supongo que quizá está bien si no soy perfecta.

TERAPEUTA: ¿Le parece convincente?

JOSIE: No mucho. No he podido encontrar la respuesta racional correcta.

TERAPEUTA: ¿Qué tal si reconocemos que esta respuesta racional no será perfecta? Tal vez debamos encontrar una que sea lo bastante buena por ahora, de modo que conservemos esta.

JOSIE: Ya veo, es el pensamiento perfeccionista de nuevo. Supongo que ser perfecto no es humanamente posible. Y me parece que ni siquiera quiero ser esa persona que finalmente es perfecta.

TERAPEUTA: Parece que buscar el perfeccionismo implica esforzarse mucho por algo que en realidad no existe. Que no importa cuánto se esfuerce, siempre intentará hacer las cosas mejor que perfectas.

JOSIE: Sí, no importa de qué se trate, nunca podré ser perfecta. No es humanamente posible. Supongo que si tuviera que hacer de esto una respuesta racional, me diría algo como "No hay tal cosa como la perfección". Me gusta eso, creo que funcionará por ahora. Voy a pensar en ello un poco más. Es un desafío pero quiero dedicarle tiempo.

TERAPEUTA: Muy bien, entonces puede probar esa respuesta racional esta semana en algunas exposiciones que le permitan cuestionar la creencia central "Si no soy perfecta no tengo valor".

JOSIE: Sí, es algo que debo hacer cada día, cuestionar esa idea, volverme más tolerante con mis imperfecciones. Puede ser divertido equivocarme a propósito. Buena parte del tiempo lo hago de manera natural, aunque supongo que incluso entonces no carezco de valor. Los errores van a ocurrir porque no existe tal cosa como la perfección.

En esta sesión se le asignó a Josie la tarea de cometer errores intencionales durante conversaciones (p. ej., "olvidar" el nombre de las personas, pedirles que repitieran algo que ya habían dicho), en el trabajo (p. ej., presionar el botón equivocado al usar el intercomunicador, pedir ayuda con una tarea), y en las presentaciones (p. ej., pulsar las

notas equivocadas al tocar el piano para su familia y sus amigos).

Segmento de terminación

SESIÓN 16

En la última sesión Josie y la terapeuta analizaron su progreso y los retos que la aguardaban. Josie volvió a calificar su jerarquía de temor y evitación y se consideró que la disminución en sus puntuaciones era importante y significativo (tabla 3-3). Dijo que durante el tratamiento había aprendido nuevas habilidades como reconocer y refutar los pensamientos automáticos y a considerar que todos los aspectos de sí misma, incluso las imperfecciones, eran aceptables. El cambio más importante que advirtió fue la capacidad de buscar y obtener empleo en la librería, donde tenía que interactuar con clientes y compañeros de trabajo todo el día. Josie reportó que como resultado del tratamiento, por primera vez había podido verse como igual y no como inferior a los demás, y se sentía optimista respecto de sus metas futuras, personales y profesionales.

Evaluación sesión a sesión

La figura 3-2 muestra las puntuaciones de Josie en cada sesión en el Índice de Cambio de la Ansiedad Social en la Sesión (SASCI) y en la versión breve de la escala de Temor a la Evaluación Negativa (BFNE).

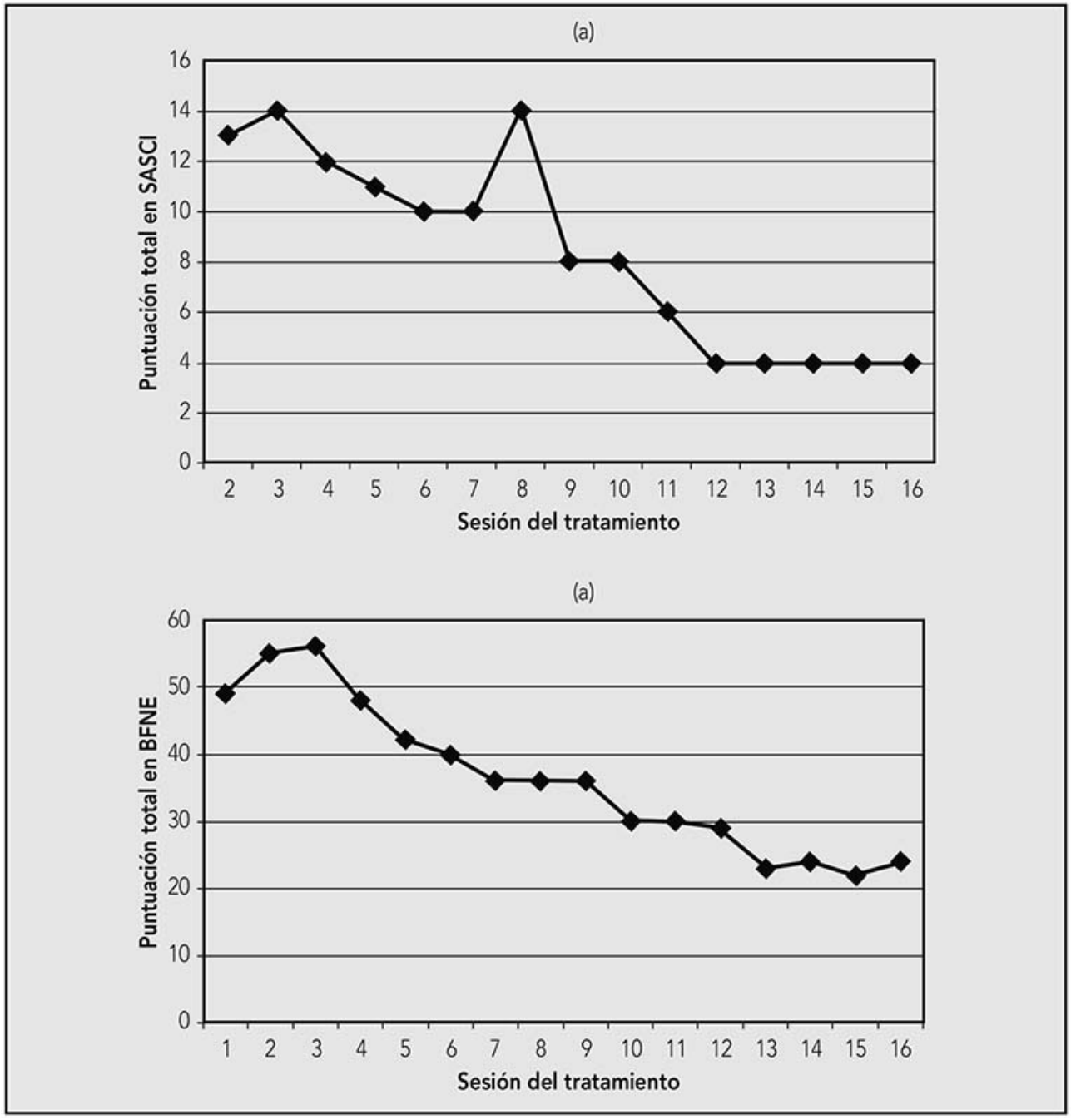


Figura 3-2. Puntuaciones semanales en (a) el Índice de Cambio de la Ansiedad Social en la Sesión (SASCI) y (b) en la versión breve de la escala de *Temor a la Evaluación Negativa (BFNE)*

Recuerde que una puntuación de 16 en el Índice de Cambio de la Ansiedad Social en la Sesión indica que no hubo cambio y puntuaciones menores señalan una mejoría cada vez mayor en relación con los niveles de línea base. Josie empezó a mostrar una modesta mejoría después de la tercera sesión. Su puntuación alcanzó un punto muy alto en la octava sesión y luego empezó una disminución constante, llegando a la puntuación

mínima de 4 para la doceava sesión, y siguió así hasta el final del tratamiento. En cuanto a la versión breve de la escala de Temor a la Evaluación Negativa, Weeks y colaboradores (2005) reportaron una puntuación promedio de 46.91 (DE = 9.27) en una muestra grande de participantes con el trastorno de ansiedad social y una media de 26.81 (DE = 4.78) entre controles normales. Al inicio del tratamiento las puntuaciones de Josie durante la sesión excedían hasta en 10 puntos la media de la muestra clínica. Sin embargo, a partir de entonces sus puntuaciones disminuyeron sistemáticamente y para el final del tratamiento estaban por debajo de la media de la muestra control.

Evaluación en el seguimiento hecho al año

Después de un año sin tratamiento Josie mostró una mejoría considerable en todos los instrumentos de autorreporte y aplicados por el clínico en comparación con la evaluación hecha antes del tratamiento (tabla 3-2). De hecho, ya no cumplía los criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad social. Estaba considerando solicitar su ingreso a un programa de posgrado para continuar el estudio de la música y tenía planes de audicionar para la orquesta local. Josie informó que había hecho amigos en su trabajo y sentía que ahora tenía un núcleo de apoyo social en que podía confiar.

Evaluación en el seguimiento hecho a los cinco años

Aproximadamente cinco años después de haber terminado el tratamiento, tuvimos la oportunidad de establecer contacto con Josie para ver cómo habían seguido las cosas luego de completar la terapia cognitivo conductual que se describió. No había recibido otra terapia aparte de un breve periodo de consejo premarital con un miembro del clero. Josie se había casado, se había mudado a una ciudad grande y tenía un hijo; había experimentado un episodio de depresión posparto que pudo resolver sin tratamiento. Recibió una beca de un prestigioso programa de música donde adquirió más experiencia y confianza como compositora y ejecutante. En el momento de nuestra reunión Josie esperaba dedicar más tiempo a la música, quizá como maestra; se sentía muy orgullosa de reportar que había logrado involucrarse en situaciones sociales que al principio eran complicadas y que había aprendido que a menudo las cosas no son tan difíciles como temía. Josie reportó el regreso de ciertos síntomas de ansiedad, reflejados en las puntuaciones de su jerarquía de temor y evitación, que eran más elevadas que las reportadas en el seguimiento hecho al año, pero que en general eran menores a las obtenidas en la evaluación hecha antes del tratamiento (tabla 3-3). Sin embargo, dijo que eso no había interferido de manera importante con su funcionamiento diario, como se reflejó en sus puntuaciones en la mayoría de los instrumentos de autorreporte y aplicados por el clínico (vea la Tabla 3.2). Igual que en el seguimiento hecho al año, Josie no cumplió los criterios para el trastorno de ansiedad social. No obstante, experimentaba cierta incomodidad en situaciones sociales que no eran relevantes para su vida en el momento del tratamiento.

Por ejemplo, socializar con los padres de otros niños en la escuela y la iglesia era un nuevo reto que en los años recientes había dado lugar a cierta ansiedad y evitación. Josie

pensó que algunas sesiones de refuerzo podrían ayudarla, pero informó que de vez en cuando revisaba el libro de ejercicios del cliente y las notas del tratamiento para mantener las habilidades adquiridas en la terapia cognitivo conductual.

El tratamiento de Josie resultó bien, igual que sucede con muchos clientes. Sin embargo, la respuesta al tratamiento es un fenómeno variable, por lo que los investigadores han estudiado una serie de predictores del resultado de la terapia cognitivo conductual (puede encontrar más información en la revisión de este tema hecha por L. Magee, Erwin y Heimberg, 2009).

En otras partes de este capítulo se han revisado factores como la expectativa de mejoría, el subtipo del trastorno de ansiedad social y la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo, así como con el trastorno de personalidad por evitación. Aquí se revisaron brevemente otras variables como el cumplimiento de las tareas asignadas en la terapia cognitivo conductual, el enojo y el cambio cognitivo.

El cumplimiento de las tareas asignadas ha sido asociado con un resultado positivo del tratamiento, y la evidencia sugiere que el cumplimiento de componentes particulares de las tareas asignadas pueden ser predictores diferenciales del resultado. Por ejemplo, el cumplimiento de la reestructuración cognitiva entre sesiones y de las tareas de exposición predice mejor el resultado del tratamiento que la realización de tareas relacionadas más con la psicoeducación al principio de la terapia (Leung y Chumbless, 1995; Woody y Adessky, 2002). Sin embargo, evaluaciones de seguimiento hechas a los seis meses revelaron que los individuos que cumplían con las tareas reportaban menos conductas de evitación, menos temor a la evaluación negativa y menos ansiedad a dar un discurso cuando se les comparó con clientes menos aquiescientes (Edelman y Chambless, 1995).

El enojo también es un predictor importante del resultado de la terapia cognitivo conductual. En un estudio de Erwin, Heimberg, Schneier y Liebowitz (2003), individuos con altos niveles de enojo como rasgo eran más propensos a terminar el tratamiento de manera prematura. Además, los niveles de estado, rasgo y de supresión del enojo antes del tratamiento correlacionaban significativamente con la severidad de la ansiedad social después del tratamiento.

Por último, en un estudio en que se comparó la terapia cognitivo conductual en grupo, la terapia de exposición en grupo y condiciones control de lista de espera, los cambios en el costo social estimado, o la valoración cognitiva negativa, mediaban los cambios entre las condiciones previas y posteriores al tratamiento en los dos grupos de tratamiento activo (Hofmann, 2004). Además, sólo el grupo que recibía técnicas cognitivas, además de la exposición, siguió mostrando mejoría de la evaluación hecha después del tratamiento a la evaluación hecha en el seguimiento a los seis meses. El beneficio continuado se asoció con una disminución general en el costo social estimado entre las evaluaciones previas y posteriores al tratamiento, lo cual sugiere que la intervención cognitivo conductual se asocia con mayores ganancias del tratamiento que son mediadas por cambios en el costo social estimado (Hofmann, 2004). Más recientemente, Boden y colaboradores (2012) demostraron que los cambios en las creencias centrales interpersonales mediaban los efectos de la terapia cognitivo conductual en síntomas de ansiedad social, y Goldin y colaboradores (2012) demostraron que se obtenía lo mismo

con una mayor creencia en la capacidad para involucrarse en la revaloración cognitiva .

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Nuestro propósito principal en este capítulo fue hacer un análisis detallado de la conducción de la terapia cognitivo conductual individual para el trastorno de ansiedad social, de la evaluación inicial al seguimiento a largo plazo. Por limitaciones de espacio no se analizaron en detalle las dificultades de procedimiento que pueden presentarse en la conducción de la terapia cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad social, pero en el trabajo de Heimberg y Becker (2002) se revisan de forma exhaustiva. Individuos que logran mejoras espectaculares en sus vidas, como Josie, proporcionan el impulso para continuar la investigación sobre el tratamiento del trastorno de ansiedad social, un trastorno potencialmente debilitante cuyo pronóstico es cada vez más alentador.

REFERENCIAS

Acarturk, C., de Graaf, R., van Straten, A., ten Have, M., & Cuijpers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health- related quality of life and help seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*, 273–279.

Aderka, I. M. (2009). Factors affecting treatment efficacy in social phobia: The use of video feedback and individual vs. group formats. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 12–17.

Aderka, I. M., Hofmann, S. G., Nickerson, A., Hermesh, H., Gilboa-Schectman, E., & Marom, S. (2012). Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 393–400.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Antony, M. M., Coons, M. J., McCabe, R. E., Ashbaugh, A., & Swinson, R. P. (2006). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory: Further evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1177–1185.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.

Beidel, D. C., Turner, S. M., Stanley, M. A., & Dancu, C. V. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Concurrent and external validity. *Behavior Therapy, 20*, 417–427.

Blanco, C., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Fresco, D. M., Chen, H., Turk, C. L., et al. (2010). A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy and their combination for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry, 67*, 286–295.

Blanco, C., Xu, Y., Schneier, F., Okuda, M., Liu, S.-M., & Heimberg, R. G. (2011). Predictors of persistence of social anxiety disorder: A national study. *Journal of Psychiatric Research, 45*, 1557–1563.

Boden, M. T., John, O. P., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). The role of maladaptive beliefs in cognitive behavioral therapy: Evidence from social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 287–291.

Brown, E. J., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy, 26*, 467–486.

Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale across the anxiety disorders. *Psychological Assessment, 9*, 21–27.

Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. New York: Oxford University Press.

Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (2013). *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5: Lifetime version (ADIS-5–L)*. Manuscript in preparation.

Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, S. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 49–58.

Brozovich, F., & Heimberg, R. G. (2008). An analysis of post-event processing in social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review, 28*, 891–903.

Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., et al. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12–year prospective study. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1179–1187.

Bruch, M. A., Fallon, M., & Heimberg, R. G. (2003). Social phobia and difficulties in occupational adjustment. *Journal of Counseling Psychology, 50*, 109–117.

Bruch, M. A., Gorsky, J. M., Collins, T. M., & Berger, P. (1989). Shyness and sociability reexamined: A

multicomponent analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 904–915.
Carleton, R. N., Collimore, K. C., Asmundson, G. J. G., McCabe, R. E., Rowa, K., & Antony, M. M. (2009). Refining and validating the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Depression and Anxiety, 26*, E71– E81.
Chambless, D. L., Fydrich, T., & Rodebaugh, T. L. (2008). Generalized social phobia and avoidant personality disorder: Meaningful distinction or useless duplication? *Depression and Anxiety, 25*, 8–19.
Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685–716.
Chambless, D. L., Tran, G. Q., & Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 221–240.
Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., et al. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 568–578.
Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., et al. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 1058–1067.
Clark, D. M., & Wells, A. (1995). The cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Leibowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford Press.
Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J. A., & Stewart, S. H. (2005). The validity of the brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 345–359.
Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, E., Sherwood, A., Foa, E. B., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): A new selfrating scale. *British Journal of Psychiatry, 176*, 379–386.
Connor, K. M., Kobak, K. A., Churchill, E., Katzelnick, D., & Davidson, J. R. T. (2001). Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 14*, 137–140.
Cox, B. J., Pagura, J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2009). The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey. *Depression and Anxiety, 26*, 354–362.
Cox, B. J., Ross, L., Swinson, R. P., & Direnfeld, D. M. (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive-behavioral group therapy. *Behavior Modification, 22*, 285–297.
Davidson, J. R. T., Miner, C. M., De Veaugh-Geiss, J., Tupler, L. A., Colket, J. T., & Potts, N. L. (1997). The Brief Social Phobia Scale: A psychometric evaluation. *Psychological Medicine, 27*, 161–166.
Davidson, J. R. T., Potts, N. L., Richichi, E. A., Ford, S. M., Krishnan, R. R., Smith, R. D., et al. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychiatry, 52* (Suppl. 11), 48–51.
Di Nardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. New York: Oxford University Press. Edelmann, R. E., & Chambless, D. L. (1995). Adherence during session and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 537–577.
Elting, D. T., Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (1997). Interrelationships among measures commonly used in research on social phobia. *Depression and Anxiety, 4*, 246–248.
Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Juster, H. R., & Mindlin, M. (2002). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 19–35.
Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2003). Anger experience and expression in social anxiety disorder: Pretreatment profile and predictors of attrition and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy, 34*, 331–350.
Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., Gier-Lonsway, S. L., & Kim, H.-S. (2012). Short forms of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Journal of Personality Assessment, 94*, 310–320.
Feske, U., Perry, K. J., Chambless, D. L., Renneberg, B., & Goldstein, A. J. (1996). Avoidant personality disorder as a predictor for severity and treatment outcome among generalized social phobics. *Journal of Personality Disorders, 10*, 174–184.
Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., et al. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-

administered formats. *Psychological Medicine, 31*, 1025–1035.
Frisch, M. B. (1994). *Manual and treatment guide for the Quality of Life Inventory*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
Gaston, J. E., Abbott, M. J., Rapee, R. M., & Neary, S. A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practice?: A benchmark study of a cognitive behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 33–48.
Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety: The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *Psychiatric Clinics of North America, 24*, 723–751.
Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Werner, K., Kraemer, H., Heimberg, R. G., et al. (2012). Cognitive reappraisal self-efficacy mediates the effects of individual cognitivebehavioral therapy for social anxiety disorder in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 1034–1040.
Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 601–610.
Hackmann, A., Surawy, C., & Clark, D. M. (1998). Seeing yourself through others' eyes: A study of spontaneously occurring images in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 26*, 3–12.
Hambrick, J. P., Turk, C. L., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2003). The experience of disability and quality of life in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 18*, 46–50.
Hayes, S. A., Hope, D. A., Van Dyke, M., & Heimberg, R. G. (2007). Working alliance for clients with social anxiety disorder: Relationship with session helpfulness and within-session habituation. *Cognitive Behaviour Therapy, 36*, 34–42.
Hayes, S. A., Miller, N. A., Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (2008). Assessing client progress session-bysession: The Social Anxiety Session Change Index. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*, 203–211.
Heimberg, R. G. (1994). Cognitive assessment strategies and the measurement of outcome of treatment for social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 269–280.
Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitivebehavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.
Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2010). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (2nd ed., pp. 395–422). New York: Academic Press.
Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. J., & Becker, R. E. (1990). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 1–23.
Heimberg, R. G., & Holaway, R. M. (2007). Examination of the known-groups validity of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Depression and Anxiety, 24*, 447–454.
Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L., & Liebowitz, M. R. (1993). The issues of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 7*, 249–269.
Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S., & Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease, 178*, 172–179.
Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., et al. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine, 29*, 199–212.
Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., et al. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs. phenelzine therapy for social phobia: 12–week outcome. *Archives of General Psychiatry, 55*, 1133–1141.
Heimberg, R. G., Mueller, G. P., Holt, C. S., Hope, D. A., & Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy, 23*, 53–73.
Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S., & Blendell, K. A. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year followup. *Cognitive Therapy and Research, 17*, 325–339.
Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2002). Assessment of social phobia. In R. G. Heimberg & R. E. Becker (Eds.), *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies* (pp. 107–

126). New York: Guilford Press.
Herbert, J. D., Bellack, A. S., & Hope, D. A. (1991). Concurrent validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 13*, 357–368.
Herbert, J. D., Hope, D. A., & Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 332–339.
Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 392–399.
Hofmann, S. G., Newman, M. G., Becker, E., Taylor, C. B., & Roth, W. T. (1995). Social phobia with and without avoidant personality disorder: Preliminary behavior therapy outcome findings. *Journal of Anxiety Disorders, 9*, 427–438.
Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 637–650.
Hope, D. A., Heimberg, R. G., Juster, H., & Turk, C. L. (2000). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach (client workbook)*. New York: Oxford University Press.
Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2006). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach (therapist guide)*. New York: Oxford University Press.
Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2010a). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach* (Client Workbook, 2nd ed.). New York: Oxford University Press.
Hope, D. A., Heimberg, R. G. , & Turk, C.L. (2010b). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach* (Therapist Guide, 2nd ed.). New York: Oxford University Press.
Hope, D. A., Herbert, J. D., & White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 399–417.
Hope, D. A., Van Dyke, M., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). *Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Therapist adherence scale*. Unpublished manuscript, available from Richard G. Heimberg, Adult Anxiety Clinic, Department of Psychology, Temple University, Philadelphia, PA 19122–6085.
Huppert, J. D., Strunk, D. R., Ledley, D. R., Davidson, J. R. T., & Foa, E. B. (2008). Generalized social anxiety disorder and avoidant personality disorder: Structural analysis and treatment outcome. *Depression and Anxiety, 25*, 441–448. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell.
Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., DeLeire, T., Henk, H. J., Greist, J. H., Davidson, J. R. T., et al. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1999–2007.
Kendall, P. C., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C., & Nauta, M. (1998). Breathing life into a manual: Flexibility and creativity with manual-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice, 5*, 177–198.
Kendall, P. C., Gosch, E., Furr, J. M., & Sood, E. (2008). Flexibility within fidelity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*, 987–993.
Kessler, R. C., Berglund, P. D., Demler, O., Olga, J. R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593–602.
Koszycki, D., Benger, M., Shlik, J., & Bradwejn, J. (2007). Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2518–2526.
Kupper, N., & Denollet, J. (2012). Social anxiety in the general population. Introducing abbreviated versions of the SIAS and SPS. *Journal of Affective Disorders, 136*, 90–98. Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin, 9*, 371–375.
Leary, M. R., Kowalski, R. M., & Campbell, C. D. (1988). Self-presentational concerns and social anxiety: The role of generalized impression expectancies. *Journal of Research in Personality, 22*, 308–321.
Ledley, D. R., Heimberg, R. G., Hope, D. A., Hayes, S. A.., Zaider, T. I., Van Dyke, M., et al. (2009). Efficacy of a manualized and workbook-driven individual treatment for social anxiety disorder. *Behavior Therapy, 40*, 414–424.
Leung, A. W., & Heimberg, R. G. (1996). Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitivebehavioral treatment for social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 423–432.

Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry, 22*, 141–173.

Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J., & Stein, M. B. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: What's in a name? *Archives of General Psychiatry, 57*, 191–192.

Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S., et al. (1999). Cognitivebehavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long-term outcome. *Depression and Anxiety, 10*, 89–98.

Lincoln, T. M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., von Witzleben, I., Schroeder, B., et al. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 1251–1269.

MacLeod, C., & Mathews, A. (1991). Biased cognitive operations in anxiety: Accessibility of information or assignment of processing priorities? *Behaviour Research and Therapy, 29*, 599–610.

Magee, L., Erwin, B. A., & Heimberg, R. G. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder and specific phobia. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Handbook of anxiety and the anxiety disorders* (pp. 334–349). New York: Oxford University Press.

Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H.-U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 53*, 159–168.

Mannuzza, S., Schneier, F. R., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F., & Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry, 52*, 230–237.

Marques, L., Porter, E., Keshaviah, A., Pollack, M. H., Van Ameringen, M., Stein, M. B., et al. (2012). Avoidant personality disorder in individuals with generalized social anxiety disorder: What does it add? *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 665–672.

Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 455–470.

Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 251–260.

McEvoy, P. M. (2007). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: A benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 3030–3040.

McEvoy, P. M., Nathan, P., Rapee, R. M., & Campbell, B. N. C. (2012). Cognitive behavioural group therapy for social phobia: Evidence of transportability to community clinics. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 258–265.

Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Davies, S. O., & Liebowitz, M. R. (2002). Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: Using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 16*, 661–673.

Mörtberg, E., Clark, D. M., & Bejerot, S. (2011). Intensive group cognitive therapy and individual cognitive therapy for social phobia: Sustained improvement at 5–year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 994–1000.

Narrow, W. E., Rae, D. S., Robins, L. N., & Regier, D. A. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: Using a clinical significance criterion to reconcile two surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry, 59*, 115–123.

Norton, P. J., & Hope, D. A. (2001). Kernels of truth or distorted perceptions: Self and observer ratings of social anxiety and performance. *Behavior Therapy, 32*, 765–786.

Ougrin, D. (2011). Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: Systematic review and meta analysis. *BMC Psychiatry, 11*, 200.

Peters, L., Sunderland, M., Andrews, G., Rapee, R. M., & Mattick, R. P. (2012). Development of a short form Social Interaction Anxiety (SIAS) and Social Phobia Scale (SPS) using nonparametric item response theory: The SIAS-6 and the SPS-6. *Psychological Assessment, 24*, 66–76.

Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M. S., & Rosenberg, N. K. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology, 51*, 403–410.

Pontoski, K., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Coles, M. E. (2010). Psychotherapy for social anxiety disorder. In D. Stein, E. Hollander, & B. Rothbaum (Eds.), *American Psychiatric Publishing textbook of anxiety disorders* (2nd ed., pp. 501–521). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Powers, M. B., Sigmarsson, S. R., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*, 94–113.

Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitivebehavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 741–756.

Rapee, R. M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between selfand observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 728–731.

Ries, B. J., McNeil, D. W., Boone, M. L., Turk, C. L., Carter, L. E., & Heimberg, R. G. (1998). Assessment of contemporary social phobia verbal report instruments. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 983–994.

Rodebaugh, T. L. (2009). Social phobia and perceived friendship quality. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 872–878.

Rodebaugh, T. L., Heimberg, R. G., Brown, P. J., Fernandez, K. C., Blanco, C., Schneier, F. R., et al. (2011). More reasons to be straightforward: Findings and norms for two scales relevant to social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 623–630.

Rodebaugh, T. L., Woods, C. M., & Heimberg, R. G. (2007). The reverse of social anxiety is not always the opposite: The reverse-scored items of the Social Interaction Anxiety Scale do not belong. *Behavior Therapy, 38*, 192–206.

Rodebaugh, T. L., Woods, C. M., Thissen, D. M., Heimberg, R. G., Chambless, D. L., & Rapee, R. M. (2004). More information from fewer questions: The factor structure and item properties of the original and Brief Fear of Negative Evaluation Scale. *Psychological Assessment, 16*, 169–181.

Roth, D. A., Coles, M. E., & Heimberg, R. G. (2002). The relationship between memories for childhood teasing and anxiety and depression in adulthood. *Journal of Anxiety Disorders, 16*, 149–164.

Rytwinski, N. K., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Coles, M. E., Liebowitz, M. R., Cissell, S., et al. (2009). Screening for social anxiety disorder with the self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Depression and Anxiety, 26*, 34–38.

Safren, S. A., Heimberg, R. G., Brown, E. J., & Holle, C. (1997). Quality of life in social phobia. *Depression and Anxiety, 4*, 126–133.

Safren, S. A., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1997). Client expectancies and their relationship to pretreatment symptomatology and outcome of cognitive-behavioral group treatment for social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 694–698.

Sanderson, W. C., Di Nardo, P. A., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 308–312.

Sank, L. I., & Shaffer, C. S. (1984). *A therapist's manual for cognitive behavior therapy in groups*. New York: Plenum Press.

Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., et al. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*, 322–331.

Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry, 49*, 282–288.

Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. G. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 667–681.

Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 991–1007.

Stangier, U., Schramm, E., Heidenreich, T., Berger, M., & Clark, D. M. (2011). Cognitive therapy vs. interpersonal therapy in social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry, 68*, 692–700.

Stopa, L., & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 255–267.

Taylor, S., Woody, S., McLean, P. D., & Koch, W. J. (1997). Sensitivity of outcome measures for treatments of generalized social phobia. *Assessment, 4*, 181–191.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment, 1*, 35–40.

Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized

subtype and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 326–331.
Turner, S. M., Beidel, D. C., Wolff, P. L., Spaulding, S., & Jacob, R. G. (1996). Clinical features affecting treatment outcome in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 795–804.
Vriends, N., Becker, E. S., Meyer, A., Michael, T., & Margraf, J. (2007). Subtypes of social phobia: Are they of any use? *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 59–75.
Vriends, N., Becker, E. S., Meyer, A., Williams, S. L., Lutz, R., & Margraf, J. (2007). Recovery from social phobia in the community and its predictors: Data from a longitudinal epidemiological study. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 320–337.
Wallace, S. T., & Alden, L. E. (1991). A comparison of social standards and perceived ability in anxious and nonanxious men. *Cognitive Therapy and Research, 15*, 237–254.
Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of socialevaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 448–457.
Weeks, J. W., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Hart, T. A., Turk, C. L., Schneier, F. R., et al. (2005). Empirical validation and psychometric evaluation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale in patients with social anxiety disorder. *Psychological Assessment, 17*, 179–190.
Weeks, J. W., Heimberg, R. G., & Rodebaugh, T. L., & Norton, P. J. (2008). Exploring the relationship between fear of positive evaluation and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 386–400.
Weeks, J. W., Spokas, M. E., & Heimberg, R. G. (2007). Psychometric evaluation of the Mini–Social Phobia Inventory (Mini-SPIN) in a treatment-seeking sample. *Depression and Anxiety, 24*, 382–391.
Wenzel, A. (2002). Characteristics of close relationships in individuals with social phobia: A preliminary comparison with nonanxious individuals. In J. H. Harvey & A. Wenzel (Eds.), *A clinician's guide to maintaining and enhancing close relationships* (pp. 199–214). Mahwah, NJ: Erlbaum.
Wlazlo, Z., Schroeder-Hartwig, K., Hand, I., Kaiser, G., & Münchau, N. (1990). Exposure *in vivo* vs. social skills training for social phobia: Long-term outcome and differential effects. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 181–193.
Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques*. New York: Pergamon.
Wong, J., Gordon, E. A., & Heimberg, R. G. (2012). Social anxiey disorder. In P. Sturmey & M. Hersen (Eds.), *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology: Volume II, Adult disorders* (pp. 621–649). New York: Wiley.
Woody, S. R., & Adessky, R. S. (2002). Therapeutic alliance, group cohesion, and homework compliance during cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behavior Therapy, 35*, 5–27.

No le llevará mucho tiempo al lector advertir que la terapia que aquí se presenta para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) difiere en estructura y contenido de los enfoques terapéuticos habituales. Por esta razón, y a pesar de que éste es sin duda el tratamiento que genera más efectos benéficos de corto y largo plazo en pacientes con el trastorno obsesivo-compulsivo, de acuerdo con ensayos clínicos, pocos terapeutas se sienten lo bastante autoeficaces para emprender esta terapia. La información que se presenta en este capítulo debería ser suficiente para que cualquier profesional de la salud mental con un buen entrenamiento intente este tratamiento, en especial si las opciones son pocas. El sufrimiento que implica el trastorno obsesivo-compulsivo puede ser extraordinario, e incluso intentos imperfectos en la terapia pueden aliviar mucho de este dolor. En este capítulo se describe de manera detallada la conducción de sesiones intensivas diarias que incluyen práctica tanto imaginaria como *en vivo*. También es claro que se requiere mucho ingenio de los terapeutas (p. ej., ¿dónde puede encontrar animales muertos?). La importancia de incluir a los cuidadores principales da seguimiento a un tema descrito por Craske y Barlow en el capítulo 1 de este volumen, en que cónyuges, compañeros y otras personas allegadas al individuo con el trastorno se vuelven parte importante e integral del tratamiento. Por último, este capítulo contiene una revisión actualizada del estado actual de las aproximaciones psicológicas y farmacológicas al trastorno obsesivo-compulsivo. D.H.B.

Los avances registrados en las últimas cuatro décadas en los tratamientos cognitivo-conductual y farmacológico dieron lugar a una enorme mejora en el pronóstico de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. En este capítulo se analizan primero cuestiones teóricas y de diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo y se revisan los tratamientos disponibles, más adelante se describen los procedimientos de evaluación y se ilustra en detalle la manera de llevar a la práctica el tratamiento cognitivo conductual intensivo para el trastorno obsesivo-compulsivo, el cual involucra exposición y prevención de rituales. En el capítulo se emplean materiales de casos para explicar las

interacciones que ocurren entre terapeuta y paciente a fin de demostrar el proceso que ocurre durante el tratamiento.

DEFINICIÓN

En la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), el trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones y, o compulsiones recurrentes que interfieren considerablemente con el funcionamiento diario. Las obsesiones son "pensamientos, impulsos o imágenes persistentes que se consideran, en algún momento de la perturbación, intrusivos e indeseables, y que en la mayoría de los individuos causan una acentuada ansiedad o angustia" (p. 237). Las obsesiones comunes son pensamientos repetidos relacionados con causar daño a otros, contaminación y dudas sobre si cerraron la puerta de la casa.

Las compulsiones son "conductas o actos mentales repetitivos que el individuo siente que lo llevan a una acción en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse en forma rígida" (p. 237). Las compulsiones comunes incluyen lavado de manos, verificación y conteo. En el DSM-5 el TOC se incluye en la categoría de trastornos obsesivos-compulsivos y trastornos afines (p. ej., Stein *et al.,* 2010), lo que destaca las semejanzas formales y funcionales entre el trastorno obsesivo-compulsivo y otros padecimientos que incluyen ansiedad intensa y compulsiones asociadas (p. ej., el trastorno dismórfico corporal), y con otros problemas que involucran conductas repetitivas aparentemente motivadas por impulsos apetitivos (p. ej., tricotilomanía [arrancarse el cabello], dermatilomanía [rascado compulsivo de la piel]; American Psychiatric Association, 2013).

En el DSM se enfatiza la relación funcional entre obsesiones y compulsiones: las "obsesiones" se definen como pensamientos, imágenes o impulsos que **causan** ansiedad o malestar notables, mientras que las "compulsiones" se definen como acciones manifiestas (conductuales) o encubiertas (mentales) que pretenden **disminuir** el malestar provocado por las obsesiones o de acuerdo con reglas rígidas. Esta modificación es apoyada por hallazgos del ensayo de campo del DSM-IV sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, en que mas de 90% de los participantes informaron que el propósito de sus compulsiones era impedir el daño asociado con sus obsesiones o reducir el malestar obsesivo (Foa *et al.,* 1995).

Los datos del estudio de campo del DSM-IV también indicaron que la gran mayoría (más de 90%) de las personas con trastorno obsesivo-compulsivo manifiestan obsesiones y rituales conductuales. Cuando también están incluidos los rituales mentales, sólo 2% de la muestra reporta obsesiones "puras" (Foa *et al.,* 1995). Los rituales conductuales (p. ej., lavado de manos) son equivalentes a los rituales mentales (p. ej., repetir en silencio plegarias especiales) en su relación funcional con las obsesiones. Ambos contribuyen a disminuir el malestar obsesivo, a impedir el daño temido o a restablecer la seguridad. Por consiguiente, si bien todas las obsesiones son eventos mentales, las compulsiones pueden ser mentales o conductuales. La identificación de los rituales mentales es un aspecto especialmente importante de la planeación del tratamiento porque se emplean diferentes técnicas para abordar obsesiones y compulsiones. Por ejemplo, un paciente que se

describía como un "obsesivo puro" y que experimentaba imágenes intrusivas e indeseadas de un ataque animal a su novia, insertaba intencionalmente su imagen en la escena para convertirse en la víctima de la acometida del animal, lo que disminuía su angustia y, en su opinión, la probabilidad de que su novia sufriera algún daño en el futuro. La inclusión de su imagen en la escena constituía un ritual mental, por lo que el éxito de los ejercicios de exposición imaginaria requería que el paciente se abstuviera de esta forma de compulsión.

El consenso cada vez mayor sobre la existencia de un continuo de introspección en individuos con trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., Foa et al., 1995; Insel y Akiskal, 1986) dio lugar a la inclusión en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) de un subtipo de trastorno obsesivo-compulsivo "con introspección pobre" para incorporar a personas que tienen obsesiones y compulsiones, pero que no reconocen su falta de sentido. En el DSM-5 los individuos son clasificados de acuerdo con su nivel de introspección (bueno o adecuado, pobre e inexistente o con creencias delirantes) lo que refleja un mayor reconocimiento de un continuo de introspección en el trastorno obsesivo-compulsivo (Leckman et al., 2010). A nivel clínico es importante evaluar el grado de introspección antes de iniciar la terapia cognitivo conductual, toda vez que se ha encontrado que la creencia fija sobre las consecuencias de abstenerse de las compulsiones y conductas de evitación se asocia con una disminución en el resultado del tratamiento (p. ej., Foa, Abramowitz, Franklin y Kozak, 1999; Neziroglu, Stevens, Yaryura-Tobias y McKay, 2000).

Para recibir un diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo, las obsesiones y, o compulsiones encontradas deben ser lo suficientemente graves para causar una angustia marcada, consumir tiempo e interferir con las actividades cotidianas. Si está presente otro trastorno del Eje I, las obsesiones y compulsiones no pueden restringirse al contenido de ese trastorno (p. ej., preocupaciones por la comida en presencia de trastornos alimentarios).

PREVALENCIA Y CURSO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Aunque alguna vez se creyó que era un trastorno sumamente raro, la reciente Réplica Nacional de la Encuesta de Comorbilidad, en la que participaron más de 9 000 adultos en EUA, estimó que la prevalencia durante 12 meses del trastorno obsesivo-compulsivo era de 1.0% (Kessler *et al.,* 2005). Estudios epidemiológicos con niños y adolescentes sugieren tasas similares de prevalencia en esas muestras (p. ej., Flament *et al.,* 1988; Valleni-Basille *et al.,* 1994). Un poco más de la mitad de los adultos que sufren dicho trastorno son mujeres (Rasmussen y Tsuang, 1986), mientras que en varias muestras clínicas pediátricas se ha observado una razón de 2:1 entre hombres y mujeres (p. ej., Hanna, 1995; Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane y Cheslow, 1989). El trastorno suele empezar entre la adolescencia temprana y el inicio de la adultez, aunque su aparición es más temprana entre los hombres; las edades modales de inicio fluctúan entre 13 y 15 años para varones y entre 20 y 24 años para mujeres (Rasmussen y Eisen, 1990). Sin embargo, se han documentado casos de este trastorno en niños de apenas dos años (Rapoport, Swedo y Leonard, 1992).

El desarrollo del trastorno suele ser gradual, pero en algunos casos se ha informado de un inicio agudo. Aunque las fluctuaciones crónicas de los síntomas son típicas, se han observado cursos episódicos y deteriorantes en alrededor de 10% de los pacientes (Rasmussen y Eisen, 1989). En algunos casos pediátricos del trastorno obsesivo-compulsivo y de trastornos de tics el inicio es repentino y se relaciona con infección por estreptococo; el tratamiento de la infección se asocia con una disminución considerable de los síntomas, pero la recurrencia de la infección se vincula con la exacerbación de los síntomas (Swedo *et al.,* 1998). La presentación del trastorno obsesivo-compulsivo en esos casos, que es mucho más común en hombres que en mujeres, llegó a conocerse como trastorno pediátrico neuropsiquiátrico autoinmune asociado con infección por estreptococo (PANDAS), aunque recientemente fue revisado y ampliado bajo el término más inclusivo de **síndrome pediátrico neuropsiquiátrico autoinmune** (PANS; Swedo, Leckman y Rose, 2012); todavía debe establecerse la prevalencia del trastorno pediátrico neuropsiquiátrico autoinmune asociado con infección por estreptococo o del síndrome pediátrico neuropsiquiátrico autoinmune. El trastorno obsesivo-compulsivo suele estar relacionado con problemas en el funcionamiento general como la pérdida de un empleo remunerado (Koran, 2000; Leon, Portera y Weissman, 1995) y dificultades en las relaciones interpersonales (Emmelkamp, de Haan y Hoogduin, 1990; Riggs, Hiss y Foa, 1992). En un estudio de seguimiento, adolescentes en quienes se había identificado la presencia del trastorno obsesivo-compulsivo (Flament *et al.,* 1988) informaron que se habían retraído socialmente para impedir la contaminación y conservar energía para realizar las conductas obsesivas-compulsivas (Flament *et al.,* 1990). Muchos individuos con trastorno obsesivo-compulsivo sufren por años antes de buscar tratamiento. En un estudio se encontró que los pacientes habían buscado tratamiento psiquiátrico más de siete años después del inicio de los síntomas importantes (Rasmussen y Tsuang, 1986).

El trastorno puede causar deterioro grave en el funcionamiento que da lugar a la pérdida del empleo y a dificultades en las relaciones maritales e interpersonales de otro tipo. Aproximadamente 50% de los individuos que buscan tratamiento para el trastorno obsesivo-compulsivo reportan problemas matrimoniales (Emmelkamp *et al.,* 1990; Riggs *et al*., 1992).

COMORBILIDAD

Datos clínicos y epidemiológicos convergentes indican que el trastorno obsesivo-compulsivo rara vez ocurre en forma aislada. Por lo general la comorbilidad es alta, aunque su tasa difiere entre estudios debido a la selección de población y metodología. Por ejemplo, Weissman y colaboradores (1994) encontraron que 49% de los individuos diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo sufría un trastorno comórbido de ansiedad y 27% presentaba trastorno depresivo mayor comórbido (MDD, por sus siglas en inglés). Existe gran variabilidad entre los estudios realizados específicamente en clínicas de ansiedad, pero las condiciones comórbidas son generalmente comunes (véase Ledley, Pai y Franklin, 2007). En el mayor estudio realizado en el contexto de una clínica de ansiedad, Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill (2001) encontraron que 57% de 77 adultos con un diagnóstico principal del trastorno obsesivo-compulsivo presentaba condición comórbida actual del Eje I; la tasa aumentó a 86% para condiciones comórbidas permanentes del Eje I. Cabe hacer notar que el trastorno obsesivo-compulsivo suele ser el diagnóstico principal cuando coincide con otros trastornos de ansiedad (p. ej., el diagnóstico de mayor gravedad; consulte el trabajo de Antony, Downie y Swinson, 1998). Parece también que el inicio del trastorno depresivo mayor es posterior al del trastorno obsesivo-compulsivo, lo que sugiere que la depresión podría ser una respuesta a los síntomas obsesivos-compulsivos (Bellodi, Sciuto, Diaferia, Ronchi y Smeraldi, 1992; Diniz *et al.,* 2004).

Los datos son ambiguos respecto con la influencia de la comorbilidad en la presentación del trastorno obsesivo-compulsivo. En un estudio, Denys, Tenney, van Megen, de Geus y Westenberg (2004) encontraron que la comorbilidad no influye en la gravedad de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo, mientras que otros (Angst, 1993; Tukel, Polat, Ozdemir, Aksut y Turksov, 2002) encontraron una relación entre la comorbilidad y la gravedad de los síntomas del trastorno. Un hallazgo más sistemático es que la comorbilidad se asocia con una menor calidad de vida, en especial en el caso de la depresión comórbida (Lochner y Stein, 2003; Masellis, Rector y Richter, 2003).

En relación con el efecto de la ansiedad comórbida y la depresión en el resultado del tratamiento, recientemente se han realizado más estudios empíricos sobre la influencia de esta última. Algunos de ellos han encontrado que niveles más elevados de depresión antes del tratamiento se relacionan con un resultado más pobre (p. ej., Keijsers, Hoogduin y Schaap, 1994; Steketee, Chambless y Tran, 2001), mientras que otros han encontrado poco o ningún efecto (Mataix-Cols, Marks, Greist, Kobak y Baer, 2002; O'Sullivan, Noshirvani, Marks, Monteiro y Lelliott, 1991; Steketee, Eisen, Dyck, Warshaw y Rasmussen, 1999). Otras investigaciones han sugerido de manera más específica que la **gravedad** de la depresión comórbida puede afectar el resultado del tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo: Abramowitz, Franklin, Street, Kozak y Foa (2000) encontraron que la probabilidad de responder a la terapia por exposición y prevención de rituales para el trastorno obsesivo-compulsivo sólo era menor en los pacientes gravemente deprimidos. De igual modo, los pacientes altamente depresivos con

trastorno obsesivo-compulsivo están en mayor riesgo de recaer luego de descontinuar el tratamiento (Abramowitz y Foa, 2000; Basoglu, Lax, Kasvikis y Marks, 1988).

Hasta ahora se ha prestado poca atención a la influencia de los trastornos comórbidos de ansiedad en el resultado: un estudio reportó tasas más altas de abandono del tratamiento para trastorno obsesivo-compulsivo en pacientes que, además de este padecimiento, presentan de manera comórbida trastorno de ansiedad generalizada que en otros pacientes (Steketee *et al.,* 2001), mientras que otra investigación encontró que la presencia del trastorno por estrés postraumático en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo atenuaba la respuesta a la exposición y prevención de rituales (Gershuny, Baer, Jenkike, Minichiello y Wilhelm, 2002). Específicamente en el caso del trastorno obsesivo-compulsivo pediátrico, una comorbilidad distinta a un segundo trastorno de ansiedad (p. ej., trastorno de exteriorización, trastorno del estado de ánimo) se asoció con una respuesta aguda más pobre a la terapia cognitivo-conductual (Storch *et al.,* 2008), otro informe reciente indicó que, en un seguimiento de niños y adolescentes, el trastorno comórbido por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) disminuía específicamente los resultados de la terapia cognitivo-conductual (Farrell, Waters, Milliner y Ollendick, 2012). En particular, todavía deben explorarse los mecanismos por los cuales esas condiciones comórbidas influyen en los resultados.

El síndrome de Tourette y otros trastornos por tics también parecen estar relacionados con trastorno obsesivo-compulsivo, aunque no lo bastante para que el DSM-5 los incluyera en la categoría de trastornos obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados. Las estimaciones de la comorbilidad del síndrome de Tourette y el trastorno obsesivo-compulsivo fluctúan entre 28 y 63% (Comings, 1990; Kurlan *et al.,* 2002; Leckman y Chittenden, 1990; Pauls, Towbin, Leckman, Zahner y Cohen, 1986). Por el contrario, se piensa que más de 17% de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo tienen síndrome de Tourette (Comings, 1990; Kurlan *et al.,* 22002; Rasmussen y Eisen, 1989). En un informe reciente, la comorbilidad de tics se asoció con un resultado más pobre del tratamiento en general (Matsunaga *et al.,* 2005), aunque en un estudio pediátrico reciente se encontró que influye en el resultado del tratamiento farmacológico, pero no en la respuesta a la terapia cognitivo-conductual (March *et al.,* 2007).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La alta comorbilidad del trastorno obsesivo-compulsivo con otros trastornos, aunada a la semejanza entre los criterios para el trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos del DSM, pueden dar lugar a dificultades en el diagnóstico. Más adelante se revisan algunas de esas dificultades diagnósticas y se presentan recomendaciones para resolverlas .

Obsesiones *versus* rumiación depresiva

En ocasiones es difícil diferenciar entre las rumiaciones depresivas y las obsesiones. La distinción se basa principalmente en el contenido del pensamiento y la resistencia reportada por el paciente a dichos pensamientos. A diferencia de las obsesiones, las rumiaciones suelen ser ideas pesimistas acerca de uno mismo o del mundo, cuyo contenido cambia con frecuencia. Además, los rumiadores depresivos por lo general no intentan suprimir las rumiaciones de la forma en que tratan de suprimir las obsesiones los individuos con el trastorno obsesivo-compulsivo. Cuando la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo ocurren al mismo tiempo ambos fenómenos pueden estar presentes, pero el único objetivo de los ejercicios de exposición deben ser las obsesiones. Existen también hallazgos clínicos que sugieren que la presentación pesimista de los pacientes depresivos puede debilitar el optimismo sobre la mejoría durante la exposición y la prevención de rituales; por consiguiente, esas creencias pueden requerir intervención terapéutica aunque no sean obsesivas.

Trastornos de ansiedad

El DSM-IV clasificaba al trastorno obsesivo-compulsivo como un trastorno de ansiedad que a menudo se presentaba junto con otros trastornos de ansiedad. Aunque los criterios para el diagnóstico de esos trastornos relacionados suelen ser similares, es posible distinguir los síntomas asociados con cada diagnóstico. Por ejemplo, las preocupaciones excesivas que caracterizan al trastorno de ansiedad generalizada pueden parecer similares a las que aparecen en el trastorno obsesivo-compulsivo, pero, a diferencia de las obsesiones, las preocupaciones son inquietudes excesivas por circunstancias reales que el individuo considera apropiadas (egosintónicas). En contraste, es más probable que el pensamiento obsesivo sea poco realista o mágico y por lo general el individuo experimenta las obsesiones como inapropiadas (egodistónicas). Sin embargo, existen excepciones a esta regla general: los individuos con trastorno de ansiedad generalizada o con trastorno obsesivo-compulsivo pueden preocuparse por cuestiones cotidianas, como el hecho de que sus hijos enfermen. No obstante, cuando se preocupan porque sus hijos se resfrían, los padres con trastorno de ansiedad generalizada pueden enfocar su preocupación en las consecuencias a largo plazo (p. ej., que se rezaguen en la escuela o que desarrollen un patrón permanente de debilitamiento), mientras que los padres con trastorno obsesivo-compulsivo pueden enfocarse más en el aspecto contaminante de la enfermedad (p. ej., que su hijo se haya infectado con “gérmenes del resfriado”). El

problema de distinguir entre obsesiones y preocupaciones en un paciente particular es más relevante cuando éste no exhibe compulsiones pero, como se mencionó, los obsesivos puros sólo constituyen alrededor de 2% de los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo (Foa *et al.,* 1995).

En ausencia de rituales, la evitación asociada con las fobias específicas también puede ser parecida al trastorno obsesivo-compulsivo. Por ejemplo, el temor excesivo a los gérmenes y la fobia específica pueden dar lugar a un temor persistente a los perros. Sin embargo, a diferencia de los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo, una persona con una fobia específica por lo general puede evitar a los perros o, en caso de que la evitación no sea práctica, logra disminuir la angustia escapando de los perros.

En contraste, el individuo con un trastorno obsesivo-compulsivo con la obsesión por los "gérmenes de los perros" se siente contaminado incluso después de que el perro se ha ido, y el solo hecho de saber que un perro estuvo en la zona varias horas antes puede provocarle angustia obsesiva aunque el regreso del perro sea improbable. Más tarde esta angustia suele estimular conductas de evitación (p. ej., quitarse la ropa que podría haber estado cerca del perro contaminante) que no es común observar en las fobias específicas.

Trastorno dismórfico corporal

La preocupación por defectos físicos imaginarios del trastorno dismórfico corporal es formalmente similar a las obsesiones del trastorno obsesivo-compulsivo, de ahí que en el DSM-5 se agrupen en la misma categoría con otros trastornos relacionados. La mejor manera de distinguir entre este trastorno y el obsesivo-compulsivo es examinar la especificidad del contenido de los pensamientos que provocan el miedo. La mayoría de los individuos con trastorno dismórfico corporal tienen una sola obsesión mientras que quienes presentan trastorno obsesivo-compulsivo tienen obsesiones múltiples.

Síndrome de Tourette y trastornos de tics

Para diferenciar las conductas motoras estereotipadas que caracterizan al síndrome de Tourette y los trastornos de tics de las compulsiones debe examinarse la relación funcional entre esas conductas y cualquier pensamiento obsesivo. Los tics motores por lo general son involuntarios y no pretenden neutralizar la angustia provocada por las obsesiones. No hay manera convencional de distinguirlos de las compulsiones "puras", pero el trastorno obsesivo-compulsivo con compulsiones "puras" es extremadamente raro (Foa *et al.,* 1995). Como se mencionó, parece existir una alta tasa de comorbilidad entre el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de tics (p. ej., Pauls *et al.,* 1986); por consiguiente, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de tics pueden estar presentes al mismo tiempo en un determinado paciente. Un hallazgo interesante fue que los tics respondieron de manera similar al protocolo de exposición y prevención de rituales cuando éste se comparó en un estudio aleatorizado con un entrenamiento de reversión del hábito en que una respuesta rival sustituía al tic; este hallazgo sugiere que puede ser necesario modificar el modelo conceptual que subyace al tratamiento de los tics (Verdellen, Keijsers, Cath y Hoogduin, 2004).

Trastorno delirante y esquizofrenia

Los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo pueden presentar obsesiones de intensidad delirante (para una revisión consulte el trabajo de Kozak y Foa, 1994). Aproximadamente 5% de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo reportan la absoluta convicción de que sus obsesiones y compulsiones son realistas, y 20% más reporta una convicción fuerte pero no fija. Por consiguiente, es importante considerar el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo "con *introspección* pobre" incluso si esas creencias son muy sólidas. La diferenciación entre el trastorno delirante y el trastorno obsesivo-compulsivo puede depender de la presencia de compulsiones en el trastorno obsesivo-compulsivo (Eisen *et al.,* 1998). En el trastorno obsesivo-compulsivo las obsesiones de intensidad delirante suelen ser acompañadas de compulsiones.

También es importante reconocer que el contenido de las obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo puede ser bastante extravagante, como en los delirios de la esquizofrenia, pero la extravagancia no excluye por sí sola un diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo. Por ejemplo, una paciente temía que pequeños trozos de su "esencia" se perdieran para siempre si pasaba demasiado cerca de un camión de basura. Esta paciente no reportó ningún otro síntoma de un trastorno formal del pensamiento como asociaciones imprecisas, alucinaciones, afecto aplanado o extremadamente inapropiado e inserción o proyección de pensamientos. El paciente mostró una disminución considerable en sus síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo luego de un curso de terapia de exposición y prevención de rituales enfocado en ejercicios diseñados para exponer al paciente a la pérdida de su "esencia" (p. ej., manejar cerca del basurero de la ciudad). De vez en cuando los pacientes cumplen los criterios para el diagnóstico tanto del trastorno obsesivo-compulsivo como de la esquizofrenia, y en esas circunstancias es apropiado un diagnóstico doble. Es importante mencionar que con esos pacientes el tratamiento por exposición y de prevención de rituales sólo debería continuar si los ejercicios del tratamiento asociado no exacerban los síntomas del trastorno comórbido de pensamiento.

A menudo se ha recurrido a la teoría de dos etapas de Mowrer (1939) sobre la adquisición y mantenimiento del miedo y la conducta de evitación para explicar la fobia y el trastorno obsesivo-compulsivo. De acuerdo con el planteamiento de Mowrer (1960), en la primera etapa un evento neutro se asocia con miedo al ser emparejado con un estímulo que por su naturaleza provoca incomodidad o ansiedad. A través de procesos de condicionamiento, objetos, pensamientos e imágenes adquieren la capacidad de provocar malestar. En la segunda etapa de este proceso se desarrollan respuestas de escape o evitación para disminuir la ansiedad o incomodidad provocada por los diversos estímulos condicionados y que son mantenidas por su éxito al hacerlo. Dollard y Miller (1950) adoptaron la teoría de dos etapas de Mowrer para explicar el desarrollo de fobias y de la neurosis obsesiva-compulsiva. Como se mencionó, la naturaleza intrusiva de las obsesiones hace difícil evitar muchas situaciones que las provocan.

Las conductas de evitación pasiva, como las utilizadas por los fóbicos, también son poco eficaces para controlar la angustia obsesiva. Posteriormente se desarrollan y mantienen patrones de evitación activa en forma de conductas ritualistas por su éxito para aliviar este malestar.

Dada la ambigüedad del apoyo empírico para la teoría de dos etapas y sus limitaciones para explicar la etiología de las obsesiones, se propusieron varias explicaciones cognitivas que explicaran el desarrollo y mantenimiento de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., Beck, 1976; Carr, 1974). Salkovskis (1985) realizó un análisis cognitivo exhaustivo del trastorno obsesivo-compulsivo. Propuso que los pensamientos obsesivos intrusivos son estímulos que pueden provocar ciertos tipos de pensamiento automático negativo. Por consiguiente, un pensamiento intrusivo sólo conduce a alteraciones del estado de ánimo si desencadena pensamientos automáticos negativos a través de la interacción entre la intrusión inaceptable y el sistema de creencias del individuo (p. ej., sólo la gente mala tiene pensamientos sexuales). De acuerdo con Salkovskis, los temas centrales en el sistema de creencias de una persona con trastorno obsesivo-compulsivo son un sentido exagerado de responsabilidad y la tendencia a culparse. Además, el individuo con trastorno obsesivo-compulsivo suele creer que pensamientos frecuentes sobre acciones inaceptables son equivalentes a dichas acciones, de ahí que incluso si la persona no ha pecado, pensar en hacerlo es tan malo como el pecado mismo.

Salkovskis (1985) propuso además que los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo son caracterizados por cinco suposiciones disfuncionales que los distinguen de personas sin ese trastorno:

> (1) Pensar en una acción equivale a realizarla; (2) No poder impedir (o no intentar hacerlo) el daño a uno mismo o a los demás equivale a haberlo causado; (3) la responsabilidad no es atenuada por otros factores (p. ej., una baja probabilidad de ocurrencia); (4) no neutralizar una intrusión cuando ha ocurrido equivale a buscar o

> desear que suceda el daño involucrado en esa intrusión; (5) cada cual debe (y puede) controlar sus pensamientos. (p. 579)

Por consiguiente, aunque la obsesión puede ser egodistónica el pensamiento que provoca será egosintónico. Por extensión, este modelo sugiere que el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo debería enfocarse en identificar las suposiciones erróneas y en modificar los pensamientos automáticos. Esta teoría preparó el camino para las distintas elaboraciones de los modelos cognitivos, estudios experimentales del modelo y el desarrollo de terapias cognitivas derivadas del papel central de esos factores cognitivos clave.

La teoría de Salkovskis (1985) desencadenó el examen del papel de la responsabilidad en la psicopatología del trastorno obsesivo-compulsivo (Ladoucer *et al.,* 1995; Rachman, Thordarson, Shafran y Woody, 1995; Rhéaume, Freeston, Dugas, Letarte y Ladoucer, 1995). Se ha prestado mayor atención a lo que Rachman (1998) denomina fusión pensamiento-acción donde los individuos creen que el solo hecho de tener un pensamiento inaceptable aumenta la probabilidad de que ocurra un resultado temido y que pensar en participar en actividades repugnantes equivale a haberlo hecho. Los teóricos cognitivos contemporáneos sugerirían entonces que las creencias obsesivo-compulsivas como la fusión pensamiento-acción, la responsabilidad exagerada y la intolerancia a la incertidumbre probablemente den lugar a un esfuerzo mayor para suprimir el pensamiento y a otras estrategias poco recomendables de control mental que al final aumentarán la frecuencia de dichos pensamientos y la angustia asociada (Purdon y Clark, 2002). Por consiguiente, dado que el trastorno obsesivo-compulsivo es mantenido y fortalecido por un círculo vicioso de evitación, las terapias cognitivas derivadas de esos modelos contemporáneos se enfocan en esas creencias obsesivas compulsivas en un esfuerzo por romper el ciclo.

En una explicación cognitivo-conductual integrada, Foa y Kozak (1985) conceptualizaron los trastornos de ansiedad en general como deficiencias específicas en las redes de la memoria emocional. Siguiendo a Lang (1979), consideraban al miedo como una red de información localizada en la memoria que incluye la representación de los estímulos temidos, las respuestas de miedo y su significado. En lo que concierne al contenido del miedo, Foa y Kozak sugirieron que las redes de miedo de los individuos con trastornos de ansiedad se caracterizan por la presencia de estimaciones erróneas de la amenaza, una valencia negativa inusualmente elevada del suceso temido y elementos excesivos de respuesta (p. ej., reactividad fisiológica) que son resistentes a la modificación. Esta persistencia puede reflejar la incapacidad para acceder a la red de miedo, sea por la evitación activa o porque el contenido de la red de miedo impide encuentros espontáneos con situaciones que provocan ansiedad en la vida cotidiana. La persistencia de la ansiedad también puede deberse a cierta deficiencia en el mecanismo de extinción. Las defensas cognitivas, la activación excesiva que impide la habituación, las premisas incorrectas y las reglas erróneas de inferencia son deficiencias que entorpecen el procesamiento de información que se requiere para modificar la estructura

de miedo a fin de disminuir la conducta de temor.

Foa y Kozak (1985) sugirieron que los individuos con el trastorno obsesivo-compulsivo presentan varias formas de miedo.

La estructura de miedo de un paciente que teme contraer una enfermedad venérea por usar los baños públicos y que se lava para impedir el contagio incluye asociaciones excesivas entre los estímulos (p. ej., los baños) y las respuestas de ansiedad y angustia, así como creencias erróneas acerca del daño relacionado con el estímulo. Para otros individuos con el trastorno obsesivo-compulsivo las respuestas de temor se asocian con un significado erróneo más que con un estímulo particular. Por ejemplo, algunos pacientes a los que perturba la percepción de asimetría y que reorganizan los objetos para disminuir su malestar no temen a los objetos en sí ni anticipan un desastre de la asimetría. Lo que los molesta es su opinión de que ciertos arreglos de estímulos son "inapropiados".

Igual que Reed (1985), Foa y Kozak (1985) propusieron que además del contenido patológico de las obsesiones, el trastorno obsesivo-compulsivo se distingue de otros trastornos por la patología en los mecanismos que subyacen al procesamiento de la información. En concreto, sugirieron que los pacientes con TOC no toman en consideración las reglas para hacer inferencias sobre el daño, tienden a concluir que la situación es peligrosa si no cuentan con evidencia de seguridad, suelen ser incapaces de hacer saltos inductivos sobre seguridad a partir de información sobre la ausencia de peligro. En consecuencia, es posible que los rituales realizados para disminuir la probabilidad de daño no brinden seguridad y deban ser repetidos. En una elaboración sobre la teoría del procesamiento emocional y el mecanismo con que funciona la exposición, Foa, Huppert y Cahill (2006) sugirieron que la exposición *en vivo* al estímulo temido, sin que ocurra el daño anticipado, corrige las estimaciones exageradas de probabilidad; la exposición imaginaria no sólo corrige el costo exagerado, sino que también facilita la discriminación entre "pensamientos sobre el daño" y "daño real", lo que modifica las asociaciones entre el significado de amenaza del estímulo y, o los elementos de la respuesta en la estructura de miedo.

En contraste con las teorías generales del trastorno obsesivo-compulsivo, algunos teóricos han propuesto hipótesis más específicas para explicar la patología observada en ciertos subtipos del trastorno. Por ejemplo, observaciones clínicas llevaron a algunos investigadores a proponer que deficiencias en la memoria de las acciones subyacen a la verificación compulsiva (p. ej., Sher, Frost y Otto, 1983). Sin embargo, los resultados de investigaciones experimentales sobre esta hipótesis son ambiguos. Por ejemplo, algunos estudios encontraron apoyo para la hipótesis de deficiencias en la memoria de la acción en individuos no clínicos con rituales de verificación (p. ej., Rubenstein, Peynircioglu, Chambless y Pigott, 1993; Sher *et al.,* 1983). En contraste, un estudio que empleó una muestra clínica encontró que, en comparación con personas sin el trastorno, pacientes con el trastorno obsesivo-compulsivo que presentaban rituales de verificación recordaban **mejor** sus acciones relevantes al miedo (p. ej., conectar una plancha, desenfundar un cuchillo), pero no de acciones irrelevantes para el miedo (p. ej., poner clips de papel en

una caja; Constans, Foa, Franklin y Mathews, 1995). A partir de esos datos se desprende que el factor principal en la verificación no son los problemas de memoria, por lo que quizá no sea una buena técnica enseñar estrategias mnemónicas a pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo que presentan rituales de verificación; sería preferible hacerlos enfrentar repetidamente situaciones de bajo riesgo que provoquen aflicción obsesiva, al mismo tiempo que se abstienen de realizar conductas de verificación o la revisión mental de las acciones.

Exposición y prevención de rituales

El pronóstico para el trastorno obsesivo-compulsivo ha mejorado notablemente desde que Victor Meyer (1966) reportó el caso de dos pacientes que respondieron bien a un tratamiento que incluía exposición prolongada a señales obsesivas y la prevención estricta de los rituales. Más tarde se encontró que este procedimiento, conocido en ese momento como exposición y prevención de rituales, era sumamente exitoso en 10 de 15 casos y parcialmente efectivo en el resto. Los pacientes tratados con este régimen también parecían conservar las ganancias del tratamiento; en un seguimiento realizado a los cinco años, sólo dos de esos pacientes habían recaído (Meyer y Levy, 1973; Meyer, Levy y Schnurer, 1974).

Como sucedió con el programa de Meyer, los tratamientos actuales de exposición y prevención de rituales por lo general incluyen la exposición prolongada a señales obsesivas y procedimientos enfocados en el bloqueo de rituales. Los ejercicios de exposición suelen llevarse a cabo en escenarios reales (*en vivo*); por ejemplo, al paciente que teme causar por accidente un incendio en su casa por dejar la estufa encendida se le pide que salga de casa sin revisar los quemadores. Cuando los pacientes reportan consecuencias temidas específicas de abstenerse de realizar los rituales, esos temores pueden abordarse también por exposición imaginaria. De hecho, los ejercicios de exposición *en vivo* e imaginaria se diseñan específicamente para instigar el malestar obsesivo. Se cree que la exposición prolongada y repetida a las situaciones y pensamientos temidos proporciona información que refuta las asociaciones y evaluaciones erróneas de los pacientes, lo que propicia la habituación (Foa y Kozak, 1986). Por lo general la exposición es gradual, por lo que se confrontan situaciones que provocan malestar moderado antes de enfrentar las que causan más angustia.

De manera rutinaria se asignan tareas de exposición entre sesiones y se pide también a los pacientes que se abstengan de realizar los rituales.

Desde el reporte inicial de Meyer (1966) sobre la eficacia de la terapia de exposición y prevención de rituales, muchos estudios posteriores de este tratamiento indicaron que quienes lo completaban conseguían y conservaban ganancias clínicamente significativas. Ensayos controlados aleatorizados indicaron que el tratamiento por exposición y prevención de rituales es superior a diversos tratamientos control como el uso de placebos (Marks, Stern, Mawson, Cobb y McDonald, 1980), la relajación (Fals-Stewart, Marks y Schafer, 1993) y el entrenamiento para el manejo de la ansiedad (Lindsay, Crino y Andrews, 1997). La revisión hecha por Foa y Kozak (1996) de 12 estudios de resultados (N = 330) que reportaron tasas de respuesta al tratamiento indicó que 83% de quienes habían completado el tratamiento de exposición y prevención de rituales fueron clasificados como individuos que respondieron en el postratamiento. En 16 estudios que informaron de resultados a largo plazo (N = 376; intervalo promedio del seguimiento de 29 meses), 76% respondieron al tratamiento. Además, varios estudios han indicado que esos hallazgos alentadores sobre la exposición y prevención de rituales no se limitan a

muestras altamente seleccionadas de los ensayos controlados aleatorizados (Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt y Foa, 2000; Rothbaum y Shahar, 2000; Valdehaug, Larsson, Gotestam y Piacentini, 2007; Warren y Thomas, 2001).

En general, se ha encontrado que la exposición y prevención de rituales mejoran los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y producen gran durabilidad de las ganancias luego de la suspensión del tratamiento. En la revisión de literatura también resultó evidente que de las muchas variantes del tratamiento por exposición y prevención de rituales, algunas son relevantes para el resultado y otras no. Se hizo un revisión sobre la eficacia relativa de los ingredientes que componen el tratamiento para ayudar a los clínicos a decidir qué componentes de la exposición y prevención de rituales son esenciales.

Variables del tratamiento por exposición y prevención de rituales

Comparación de la exposición con prevención de rituales y con exposición y prevención de rituales

Para separar los efectos de la exposición y la prevención de rituales sobre los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo, Foa, Steketee, Grayson, Turner y Latimer (1984) asignaron al azar a pacientes con rituales de lavado a un tratamiento que sólo incluía exposición, uno que sólo incluía prevención de rituales o una condición con la combinación de ambos tratamientos (exposición y prevención de rituales). Cada tratamiento se realizó de manera intensiva (15 sesiones de dos horas realizadas diariamente durante tres semanas), seguido por una visita domiciliaria. En el postratamiento y el seguimiento se encontró mejoría en los pacientes de las tres condiciones, pero la combinación de exposición y prevención de rituales fue superior al tratamiento con un solo componente en casi cada medida de síntomas en los dos momentos de la evaluación. En la comparación de la exposición y la prevención de rituales, los pacientes que recibieron exposición reportaron menor ansiedad cuando enfrentaban contaminantes a los que temían que los pacientes que habían recibido el tratamiento con prevención de rituales, mientras que el grupo con prevención de rituales informó una mayor disminución de la necesidad de ritualizar que los pacientes del grupo de exposición. Parece entonces que la exposición y la prevención de rituales repercutieron en diferentes síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo. Los hallazgos de este estudio sugieren con claridad la conveniencia de implementar simultáneamente exposición y prevención de rituales; los resultados son inferiores en los tratamientos que no incluyen ambos componentes. Es importante transmitir esta información a los pacientes, sobre todo si les resulta difícil abstenerse de los rituales o realizar los ejercicios de exposición durante y entre sesiones.

IMPLEMENTACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RITUALES

Se cree que promover la abstinencia de los rituales durante el tratamiento es esencial para que el resultado sea exitoso, pero con el paso del tiempo ha cambiado el método preferido para la prevención de los rituales. En el programa de tratamiento por exposición y prevención de rituales de Meyer (1966), miembros del personal del hospital impedían físicamente que los pacientes realizaran los rituales (p. ej., cerrando el suministro de agua en la habitación de un paciente). Sin embargo, ya no se recomienda ni es común la intervención física del personal hospitalario ni de los familiares para impedir la ritualización de los pacientes. En la actualidad se cree que dichas técnicas de prevención son demasiado coercitivas para ser una práctica aceptada. Además, el hecho de que otros impidan físicamente los rituales puede limitar la posibilidad de generalizar a situaciones fuera de la terapia en que no hay personas presentes para intervenir. Se recomienda más bien instruir y alentar al paciente para que se abstenga de los ritos y la evitación. Como se mencionó antes, aunque la exposición por sí sola puede disminuir la angustia obsesiva, no es tan eficaz en la reducción de las compulsiones. Para maximizar los efectos del tratamiento es necesario que el paciente se abstenga voluntariamente de ritualizar mientras participa en los ejercicios de exposición sistemática. El terapeuta debe enfatizar la importancia de la abstinencia de los rituales y ayudar al paciente en esta difícil tarea ofreciendo apoyo, ánimo y sugiriendo alternativas a la ritualización.

USO DE LA EXPOSICIÓN IMAGINARIA

El tratamiento que involucraba exposición imaginaria, además de la exposición *en vivo* y la prevención de rituales, fue superior en un tratamiento a un programa de exposición *en vivo* y prevención de rituales que no incluía exposición imaginaria (Foa, Steketee, Turner y Fischer, 1980; Foa y Grayson 1982).

Sin embargo, un segundo estudio no encontró que agregar la exposición imaginaria mejorara la eficacia a largo plazo, en comparación con la exposición *en vivo* sola (De Araujo, Ito, Marks y Deale, 1995). El programa de tratamiento en el primer estudio difería en varios parámetros del programa de De Araujo y colaboradores (p. ej., exposiciones imaginarias de 90 minutos o de 30 minutos respectivamente), por lo que no es posible identificar la fuente de las inconsistencias en esos estudios.

En el trabajo clínico se ha encontrado que la exposición imaginaria resulta útil para pacientes que aseguran que si se abstienen de realizar los rituales ocurrirán consecuencias desastrosas. Como no es sencillo traducir muchas de esas consecuencias en ejercicios de exposición *en vivo* (p. ej., arder en el infierno), la exposición imaginaria ofrece al paciente la oportunidad de confrontar esos pensamientos temidos. Además, añadir la imaginería a la exposición *en vivo* puede eludir las estrategias de evitación cognitiva que usan los pacientes que tratan intencionalmente de no considerar las consecuencias de la exposición mientras confrontan *en vivo* las situaciones temidas. En resumen, aunque la exposición imaginaria no es esencial para un resultado inmediato, al parecer sí mejora el mantenimiento a largo plazo y puede usarse como complemento de los ejercicios *en vivo* en los pacientes que temen consecuencias desastrosas. La exposición imaginaria puede no ser necesaria para los pacientes que sólo reportan un malestar extremo como consecuencia de abstenerse de los rituales y de la conducta de evitación.

Exposición gradual o exposición repentina

No se detectaron diferencias en los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo en un estudio que comparó a pacientes que enfrentaron las situaciones más angustiantes desde el inicio de la terapia con quienes enfrentaron primero situaciones menos inquietantes, aunque los pacientes preferían el enfoque gradual (Hodgson, Rachman y Marks, 1972). Sin embargo, dado que la motivación y el acuerdo del paciente con las metas del tratamiento son elementos centrales para el éxito de la exposición y prevención de rituales, por lo general se enfrentan primero a situaciones de dificultad moderada, seguidas de varios pasos intermedios antes de intentar las exposiciones más difíciles. Por consiguiente, se hace hincapié en la conveniencia de que la exposición avance a un paso que sea aceptable para el paciente y de no intentar una exposición sin su aprobación. Al mismo tiempo, es preferible enfrentar el elemento más alto de la jerarquía en un momento relativamente temprano del tratamiento (p. ej., dentro de la primera semana de tratamiento intensivo), a fin de contar con tiempo suficiente para repetir esas exposiciones difíciles en las últimas sesiones.

DURACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

Alguna vez se creyó que la duración de la exposición era importante para el resultado y de hecho se encontró que la exposición prolongada y continua es más eficaz que la exposición breve e intermitente (Rabavilas, Boulougouris y Perissaki, 1979). En efecto, la reducción en la ansiedad (habituación) entre sesiones se ha asociado con mejoras que siguen a tratamientos basados en la exposición para el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático (p. ej., Jaycox, Foa y Morral, 1998; Kozak, Foa y Steketee, 1988; van Minnen y Hagenaars, 2002). No obstante, en varios estudios no se ha encontrado una relación fuerte entre la habituación dentro de la sesión y la disminución del temor y los síntomas (Jaycox *et al.,* 1998; Kozak *et al.,* 1988; Mathews, Johnston, Shaw y Gelder, 1974; Rowe y Craske, 1998). En una elaboración de la teoría del procesamiento emocional, Foa y colaboradores (2006) encontraron que el hecho reciente de restar importancia a la relación entre la habituación dentro de la sesión y el resultado no es fundamental para la teoría del procesamiento emocional porque el mecanismo propuesto como sustento de la reducción de síntomas es la modificación de las asociaciones erróneas relevantes por medio de la rectificación de la información y no de la habituación *per se*. En términos prácticos, esto significa que debe informarse a los pacientes que si bien es importante que persistan con la exposición hasta lograr una disminución considerable en la ansiedad, el factor fundamental es repetir las mismas exposiciones para fomentar con el paso del tiempo la reducción de la ansiedad asociada. Los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo podrían ser particularmente vulnerables a temores de terminar las exposiciones "demasiado pronto" y por ende a una realización incorrecta del tratamiento, por lo que esta nueva instrucción debe alentarlos a dedicarse a sus asuntos sin ritualizar o evitar, con independencia de que persista la ansiedad de una tarea de exposición. Restar importancia a la habituación en el momento es más notable a nivel procedimental cuando se usa una terapia de aceptación y compromiso (p. ej., Twohig *et al.,* 2010), en términos generales, esta perspectiva también está ganando aceptación entre los terapeutas cognitivo-conductuales. Por ejemplo, a nivel clínico se le recuerda a los pacientes que el hecho de que estén o no ansiosos es menos relevante que lo que hacen (o no hacen) cuando están ansiosos, ya que la ritualización y la evitación mantendrán a futuro el miedo.

FRECUENCIA DE LAS SESIONES DE EXPOSICIÓN

Todavía debe establecerse la frecuencia óptima de las sesiones de exposición. Programas intensivos de terapia de exposición que han obtenido excelentes resultados (p. ej., Foa, Kozak, Steketee y McCarthy, 1992) por lo general involucran sesiones diarias en el curso aproximado de un mes, pero también se han alcanzado resultados muy favorables con sesiones más espaciadas (p. ej., Abramowitz, Foa y Franklin, 2003; De Araujo *et al.,* 1995; Franklin *et al.,* 1998).

Un ensayo controlado aleatorizado reciente sobre el trastorno obsesivo-compulsivo pediátrico no encontró diferencia entre el tratamiento intensivo y el semanal (Storch *et al.,* 2007). Clínicamente se ha encontrado que sesiones menos frecuentes pueden ser suficientes para pacientes con una gran motivación y síntomas leves a moderados del trastorno que entienden la importancia de las tareas diarias de exposición. El tratamiento intensivo por lo general se ofrece a pacientes con síntomas muy severos o a quienes por distintas razones no les resulta fácil cumplir las tareas entre sesiones de exposición y prevención de rituales.

EXPOSICIÓN APOYADA POR EL TERAPEUTA *VERSUS* AUTOEXPOSICIÓN

Las evaluaciones de la presencia de un terapeuta durante la exposición han arrojado resultados contradictorios. En un estudio, los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo que recibieron exposición con el apoyo de un terapeuta mostraron de inmediato una mayor mejoría en el postratamiento que quienes recibieron clomipramina y autoexposición, pero esta diferencia no fue evidente en un seguimiento (Marks *et al.,* 1988). Sin embargo, esos resultados son difíciles de interpretar a la luz del complejo diseño del estudio. Un segundo estudio en que participaron pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo también encontró que el tratamiento apoyado por el terapeuta no era superior a la autoexposición en el postratamiento o en el seguimiento (Emmelkamp y van Kraanen, 1977), pero el número de pacientes en cada condición era demasiado pequeño para considerar que los hallazgos eran concluyentes. En contraste con los hallazgos negativos de Marks y colaboradores (1988) y de Emmelkamp y van Kraanen (1977), en personas con fobias específicas la presencia del terapeuta dio lugar a un mejor resultado de una sesión de exposición de tres horas, en comparación con la autoexposición (Ost, 1989). Como las fobias específicas suelen ser menos discapacitantes y más sencillas de tratar que el trastorno obsesivo-compulsivo, podría suponerse que la presencia del terapeuta también debería influir en el resultado del tratamiento para el trastorno obsesivo-compulsivo. Además, mediante el uso de procedimientos metaanalíticos, Abramowitz (1996) encontró que, en comparación con procedimientos autocontrolados, la exposición controlada por el terapeuta se asocia con mayor mejoría en los síntomas de los trastornos obsesivo-compulsivo y de ansiedad generalizada. Un estudio reciente encontró un resultado comparable para pacientes que recibían exposición y prevención de rituales con ayuda del terapeuta y quienes recibían terapia a distancia (Lovell *et al.,* 2006), lo que hace surgir la duda de si se requiere el apoyo del terapeuta para obtener un buen resultado. A la luz de esos hallazgos incongruentes, no existe una respuesta clara sobre el papel de la participación del terapeuta en las tareas de exposición en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, se ha encontrado clínicamente que la presencia de un terapeuta puede ayudar a los pacientes a permanecer involucrados en las exposiciones mientras la ansiedad es alta, a impedir los rituales o las conductas de evitación sutiles durante la exposición (p. ej., distracciones, rituales mentales), y a mantener la motivación suficiente a pesar del malestar. Los investigadores empezaron a examinar la cuestión de si también podría ser eficaz la terapia por teléfono o Skype, incluyendo protocolos adaptados de la terapia cognitivo conductual para el síndrome de Tourette (Himle, Olufs, Himle, Tucker y Woods, 2010) y específicamente para el trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., Bachofen *et al.,* 1999); esa investigación puede aumentar la confianza en el uso eficaz de esos métodos, lo que permitirá enfrentar el problema actual de la escasez de expertos en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo que es tan común en la mayoría de las comunidades.

Comparación de la exposición y prevención de rituales con otros métodos de tratamiento

En esta sección se revisan las publicaciones sobre la eficacia del tratamiento individual estándar de exposición y prevención de rituales en comparación con otros métodos terapéuticos que incluyen tratamiento grupal, tratamiento por exposición y prevención de rituales con base en la familia, la terapia cognitiva y la farmacoterapia.

COMPARACIÓN DE LOS FORMATOS INDIVIDUAL Y GRUPAL DE LA EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE RITUALES

La exposición y prevención de rituales intensiva e individual, aunque eficaz, implica obstáculos prácticos como el alto costo del tratamiento y dificultades de programación para paciente y terapeuta por igual. Además, dado que los expertos en el tratamiento por exposición y prevención de rituales son contados, es posible que los pacientes deban esperar largos periodos o viajar largas distancias para recibir tratamiento. Por consiguiente, algunos investigadores han empezado a examinar la eficacia de modalidades de tratamiento más accesibles y eficientes. Una de esas alternativas es el tratamiento grupal. Fals-Stewart y colaboradores (1991) condujeron un estudio controlado en que pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo se asignaron al azar a una condición individual de exposición y prevención de rituales, una condición grupal de exposición y prevención de rituales o a una condición control psicosocial (relajación). Cada uno de los tratamientos activos implicaban dos sesiones semanales durante 12 semanas e incluían tareas diarias de exposición. En los dos tratamientos activos fue evidente una mejoría significativa en los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y no se detectaron diferencias entre las modalidades individual y grupal de la exposición y prevención de rituales en el postratamiento o en un seguimiento hecho a los seis meses. El análisis del perfil de las puntuaciones de síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo obtenidas durante el tratamiento indicó disminución más rápida de los síntomas para los pacientes que recibían tratamiento individual. Esos resultados ofrecen evidencia de la eficacia del tratamiento grupal.

Sin embargo, dado que en este estudio se excluyó a pacientes con diagnóstico de **cualquier** trastorno de personalidad o depresión comórbida, es posible que la muestra fuese algo atípica. Además, ninguno de los participantes había recibido tratamiento para el trastorno obsesivo-compulsivo, lo que también es inusual en esta población y sugiere una muestra menos sintomática. Por consiguiente, hasta que se reproduzcan esos resultados debe tenerse cautela al hacer inferencias acerca de la población general con trastorno obsesivo-compulsivo.

Recientemente, Barrett, Healy-Farrell y March (2004) encontraron que tanto la terapia cognitivo conductual individual como la grupal eran sumamente eficaces para niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo en relación con un control por lista de espera; esto plantea la posibilidad de que las intervenciones de grupo resulten prometedoras en el tratamiento de jóvenes con trastorno obsesivo-compulsivo. Además, en su trabajo con jóvenes Asbahr y colaboradores (2005) encontraron que la terapia cognitivo conductual y la sertralina eran comparables en el postratamiento, pero las recaídas fueron menos en la primera condición. También, otro grupo australiano de investigación encontró resultados comparables entre el tratamiento grupal y el individual, los cuales fueron superiores a un control por lista de espera (Anderson y Rees, 2007); sin embargo, no resulta sorprendente que el tratamiento individual se asociara con una respuesta más rápida.

PARTICIPACIÓN FAMILIAR FRENTE A LA VERSIÓN ESTÁNDAR DEL TRATAMIENTO POR EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE RITUALES

Emmelkamp y colaboradores (1990) examinaron si la participación familiar en el tratamiento podía mejorar la eficacia de la exposición y prevención de rituales para el trastorno obsesivo-compulsivo. Pacientes que eran casados o vivían con una pareja romántica fueron asignados al azar a condiciones en que recibían exposición y prevención de rituales con o sin participación de la pareja en el tratamiento. Los resultados indicaron que los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo disminuían considerablemente en ambos grupos luego del tratamiento. No se observaron diferencias entre los tratamientos y el resultado no era anticipado por los problemas matrimoniales iniciales. No obstante, la disminución en la ansiedad y malestar reportada por la muestra como un todo fue modesta (33%), lo que pudo deberse a que las sesiones de tratamiento eran relativamente cortas y a la ausencia de ejercicios de exposición *en vivo* en las sesiones de tratamiento.

Mehta (1990) también examinó el efecto de la participación de la familia en el resultado del tratamiento por exposición y prevención de rituales; utilizó un método de tratamiento basado en la familia más que en el cónyuge para adaptar el tratamiento a la atención de la gran cantidad de jóvenes solteros que buscan tratamiento para el trastorno obsesivo-compulsivo y al **sistema familiar colectivo** que prevalece en la India. Pacientes que no habían respondido a farmacoterapia fueron asignados al azar a condiciones en que recibían desensibilización sistemática y exposición y prevención de rituales con o sin ayuda de la familia. En ambas condiciones se programaron dos sesiones semanales durante 12 semanas; la prevención de rituales se describió como "gradual". En la condición familiar, un miembro designado de la familia (padre, cónyuge o hijo adulto) ayudaba con las tareas asignadas, supervisaba la terapia de relajación, participaba en la prevención de rituales y recibía instrucción para mostrarse solidario. En relación con los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo reportados por el paciente, los resultados de la intervención con base en la familia fueron mejores en el postratamiento y en el seguimiento hecho a los seis meses. Aunque este estudio presentó problemas metodológicos que complicaron la interpretación de los hallazgos (p. ej., usar únicamente instrumentos de autorreporte del trastorno obsesivo-compulsivo, descripción confusa de los procedimientos del tratamiento), ofrece cierta evidencia preliminar de que la participación de la familia puede ser útil en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. Clínicamente, de manera rutinaria, se busca el apoyo de miembros de la familia en la exposición y prevención de rituales, para lo cual se ofrece información psicológica sobre la enfermedad y sus consecuencias en las primeras etapas de la planeación del tratamiento, así como consejo y apoyo para manejar la petición de seguridad del paciente, sus conductas de evitación y la transgresión de las reglas de la exposición y prevención de rituales entre sesiones. También intenta disminuir las críticas de los familiares al paciente y las discusiones poco constructivas sobre el trastorno obsesivo-compulsivo y cuestiones relacionadas cuando surgen esos temas en la terapia.

Estudios aleatorizados publicados sobre la terapia cognitivo-conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo en jóvenes han incluido a los padres por lo menos hasta cierto punto del tratamiento (Barrett *et al.,* 2004; de Haan, Hoogduin, Buitelaar y Keijsers, 1998; Pediatric OCD Treatment Study Team, 2004) y todavía debe hacerse una comparación directa de la terapia cognitivo conductual en el trastorno obsesivo-compulsivo pediátrico que utilice un protocolo idéntico salvo la presencia o ausencia de un componente familiar. Sin embargo, la investigación sobre si la participación de la familia mejora los resultados de la terapia cognitivo conductual individual en otros trastornos de ansiedad por lo general ha arrojado resultados contradictorios, un ensayo controlado aleatorizado reciente indicó que ambas formas de tratamiento son eficaces y que en esencia son equivalentes entre sí (Bogels y Bodden, 2005). En general, en un estudio reciente se asoció una disfunción familiar elevada con un resultado más pobre a largo plazo (Barrett, Farrell, Dadds y Boulter, 2005), lo mismo que la aceptación de los rituales del trastorno por parte de la familia (Peris *et al.,* 2012), en este punto puede ser clínicamente prudente incluir un componente familiar más amplio cuando los miembros de la familia estén directamente involucrados con los rituales del paciente (p. ej., en la búsqueda de seguridad) o cuando la psicopatología de la familia amenaza la posibilidad de generalizar los logros del tratamiento a un ambiente familiar caótico. También es posible que la participación de la familia en el tratamiento sólo sea necesaria cuando el paciente es muy pequeño (Freeman *et al.,* 2003, 2007).

COMPARACIÓN DE LAS TERAPIAS POR EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE RITUALES CON TERAPIAS COGNITIVAS

El mayor interés en la terapia cognitiva (p. ej., Beck, 1976; Ellis, 1962), aunado a la insatisfacción con formulaciones de tratamiento mediadas por procesos como la extinción (Stampfl Levis, 1967) o la habituación (Watts, 1973) estimularon el examen de la eficacia de procedimientos cognitivos para los trastornos de ansiedad en general y para el trastorno obsesivo-compulsivo en particular. Muchos de los primeros estudios encontraron pocas diferencias entre los tratamientos conductuales estándar y los tratamientos conductuales a los que se agregaron diversos métodos cognitivos (p. ej., Emmelkamp y Beens, 1991; Emmelkamp, Visser y Hoekstra, 1988). Avances recientes en las conceptualizaciones cognitivas del trastorno obsesivo-compulsivo han dado lugar a tratamientos más eficaces y de mayor duración. Freeston y colaboradores (1997) encontraron que la intervención cognitivo-conductual era eficaz en comparación con un grupo control de lista de espera para pacientes con obsesiones "puras". Otros estudios (Cottraux *et al.,* 2001; McLean *et al.,* 2001; Vogel, Stiles y Götestam, 2004; Whittal, Thordarson y McLean, 2005) sugieren resultados equivalentes para la terapia cognitivo conductual y la exposición y prevención de rituales respectivamente, aunque cierto traslape en el procedimiento entre ambas condiciones en esos estudios hace difícil interpretar sus hallazgos. En sintonía con estudios que atestiguan la utilidad de los enfoques con orientación cognitiva para condiciones que son muy similares al trastorno obsesivo-compulsivo como la hipocondria (Barsky y Albert, 2004; Warwick, Clark, Cobb y Salkovskis, 1996) parece que las terapias cognitivas son prometedoras para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo y podrían ser una alternativa eficaz a la exposición y prevención de rituales. No obstante, un trabajo reciente de Whittal, Woody, McLean, Rachman y Robichaud (2010) en una muestra con obsesiones primarias y rituales mentales no logró encontrar una diferencia entre la terapia cognitiva y el entrenamiento para el manejo del estrés, aunque al parecer esto no se debió a que la terapia cognitiva no resultara benéfica, sino a que el entrenamiento para el manejo del estrés produjo un beneficio sustancial y duradero en comparación con las condiciones previas al tratamiento.

Suele ser difícil discernir la cuestión de si la terapia cognitiva mejora la eficacia de la exposición y prevención de rituales porque ambos tratamientos pretenden modificar las cogniciones erróneas. Un ensayo controlado aleatorizado que comparó formas "puras" de la terapia cognitiva o de exposición y prevención de rituales con o sin medicamentos encontró resultados similares, aunque algo atenuados, en relación con lo que se esperaría de cualquier tratamiento (van Balkom *et al.,* 1998). Foa y Kozak (1986) argumentaron que refutar las asociaciones y creencias erróneas es el mecanismo crucial que subyace a la eficacia de los tratamientos de exposición, por lo que cuestionan la idea de que el resultado puede ser obstaculizado por las cogniciones erróneas de la exposición y prevención de rituales. Por ejemplo, un paciente y el terapeuta sentados en el piso de un baño público durante una exposición a superficies contaminadas de manera rutinaria

analizan la evaluación del riesgo, la sobreestimación de probabilidad, entre otros, mientras el terapeuta ayuda al paciente a lograr la modificación cognitiva que se requiere para mejorar. El tema práctico de interés es cómo aumentar la eficacia: ¿Es suficiente la discusión informal de las distorsiones cognitivas durante los ejercicios de exposición o el terapeuta debe involucrarse en un cuestionamiento socrático de las distorsiones supuestas, como la responsabilidad exagerada? En particular, en una revisión metaanalítica se encontró que terapias cognitivas para el trastorno obsesivo-compulsivo que incluían alguna forma de exposición a los estímulos temidos superaban a las que no lo hacían, lo que sugiere que la exposición puede ser necesaria para maximizar los resultados (Abramowitz, Franklin y Foa, 2002).

Para profundizar en este tema, Hiss, Foa y Kozak (1994) investigaron si el uso de técnicas formales de prevención de recaídas luego de un tratamiento intensivo de exposición y prevención mejoraba el mantenimiento de los logros. En particular, se eliminaron todas las discusiones sobre los factores cognitivos que por lo regular se incluyen durante el tratamiento central (p. ej., discusión de fallos contra recaídas, instrucciones para continuar las exposiciones después del tratamiento, temas de culpa y responsabilidad personal y consecuencias temidas). Los pacientes recibieron este tratamiento modificado de exposición y prevención de rituales seguido por un tratamiento de prevención de recaídas o un tratamiento control psicosocial (terapia asociativa). En la etapa posterior al tratamiento se consideró que todos los pacientes de ambas condiciones habían respondido al tratamiento (lo que se definió como una disminución igual o mayor a 50% en los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo), aunque los logros del tratamiento se mantuvieron mejor en el grupo de prevención de recaídas que en la condición de terapia asociativa en el seguimiento hecho a los seis meses. Los porcentajes de pacientes que respondieron en el seguimiento fueron de 75% en la condición de prevención de recaídas y de 33% en la terapia asociativa. La tasa de recaídas mayor de lo usual que se observó en la condición de terapia asociativa puede haber sido resultado de la eliminación de técnicas cognitivas que por lo general se emplean durante el tratamiento central, como la discusión de las consecuencias temidas. Esos hallazgos, y los analizados antes destacan aún más la creencia de que clínicamente tiene mucho sentido el tratamiento combinado diseñado para dar a los pacientes la oportunidad de refutar sus cogniciones erróneas. En consecuencia, el método incorpora claramente procedimientos cognitivos informales encaminados a cuestionar las creencias erróneas; esto se logra en el contexto de un método de tratamiento que enfatice la importancia de la exposición y prevención de rituales para producir esos cambios.

Efectividad de los medicamentos

El uso de medicamentos serotoninérgicos en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo ha recibido mucha atención en los pasados 25 años. El antidepresivo tricíclico más estudiado es la clomipramina, que de manera sistemática ha demostrado su superioridad al placebo en ensayos controlados (p. ej., DeVeaugh-Geiss, Landau y Katz, 1989). Se han obtenido resultados similares con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como fluoxetina, fluvoxamina y sertralina (véase Greist, Jefferson, Kobak, Katzelnick y Serlin, 1995). En consecuencia, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EUA aprobó el uso de cada uno de esos fármacos para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en adultos. En general, esos estudios sugieren que hasta 60% de los pacientes muestran alguna respuesta al tratamiento con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Sin embargo, incluso la ganancia promedio obtenida por quienes responden al tratamiento es moderada en el mejor de los casos (Greist, 1990). Además, la mejoría de los síntomas obsesivo-compulsivos se mantiene sólo en la medida que se continúe con el medicamento. Por ejemplo, en un estudio inicial con control por doble ciego sobre la suspensión del tratamiento, 90% de los pacientes recayeron a las pocas semanas de haber suspendido la clomipramina (Pato, Zohar-Kadouch, Zohar y Murphy, 1988). Estudios más recientes sobre la suspensión del tratamiento con periodos de reducción más lentos no han arrojado resultados tan notables, pero aún así convergen para sugerir que se necesita un tratamiento de mantenimiento para conservar los beneficios obtenidos con la farmacoterapia para el trastorno obsesivo-compulsivo (Dougherty, Rauch y Jenike, 2002).

Comparación de la exposición y prevención de rituales con la farmacoterapia

Muchos estudios controlados han indicado que los antidepresivos serotoninérgicos superan al placebo en la mejoría de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo (Greist *et al.,* 1995 presentan una revisión). Sin embargo, sólo unos cuantos estudios controlados compararon directamente la eficacia relativa o combinada de medicamentos antidepresivos y del tratamiento por exposición y prevención de rituales, y varios de esos estudios incluyeron diseños complejos que hacen difícil confiar en las conclusiones sobre la eficacia relativa y combinada (p. ej., Marks *et al.,* 1980, 1988). Cottraux y colaboradores (1990) compararon fluvoxamina (FLV) con instrucciones antiexposición, fluvoxamina y terapia semanal de exposición y prevención de rituales, y placebo (PBO) más la terapia de exposición y prevención de rituales, encontraron que las condiciones de fluvoxamina más exposición y prevención de rituales, y de fluvoxamina más instrucciones antiexposición superaban a la condición de placebo más exposición y prevención de rituales; se observó una tendencia a una ventaja del tratamiento combinado, pero ésta no llegó a ser significativa. Hohagen y colaboradores (1998) compararon la combinación de exposición y prevención de rituales más fluvoxamina con

la de exposición y prevención de rituales con placebo y en los dos grupos encontraron una mejoría significativa y comparable en las compulsiones, pero en el postratamiento los pacientes que recibieron la combinación de exposición y prevención de rituales con fluvoxamina eran significativamente mejores en las obsesiones que quienes habían recibido exposición y prevención de rituales más placebo. Los subanálisis indicaron que a los pacientes con depresión secundaria también les iba mejor si recibían la combinación de exposición y prevención de rituales con fluvoxamina.

En un ensayo controlado aleatorizado en centros múltiples realizado en nuestro centro (Penn) y en la Universidad de Columbia se examinó la eficacia relativa y combinada de clomipramina y terapia intensiva de exposición y prevención de rituales. Los hallazgos con quienes completaron el tratamiento y los datos de intención de tratar (ITT) indicaron en el postratamiento que los tratamientos activos eran superiores al placebo, la exposición y prevención de rituales superaba a la clomipramina, la combinación de ambos tratamientos no superaba al tratamiento con exposición y prevención de rituales por sí solo (Foa *et al.,* 2005); la recaída posterior a la suspensión del tratamiento fue más evidente en el grupo con clomipramina que en cualquier tratamiento que incluyera exposición y prevención de rituales intensivas (exposición y prevención de rituales, exposición y prevención de rituales más clomipramina; Simpson *et al.,* 2004). Sin embargo, es posible que el diseño empleado en el estudio Penn-Columbia no haya fomentado de forma óptima un efecto aditivo para la clomipramina porque la parte intensiva del programa de exposición y prevención de rituales concluyó antes de que los pacientes alcanzaran la dosis máxima de clomipramina. Además, los efectos del tratamiento combinado pueden ser más evidentes cuando no se usa un programa intensivo de exposición y prevención de rituales (Foa, Franklin y Moser, 2002). En particular, en un estudio reciente sobre el trastorno obsesivo-compulsivo pediátrico realizado en Penn, Duke y Brown (Pediatric OCD Treatment Study Team, 2004) se encontró un efecto aditivo para el tratamiento combinado, aunque el examen por sitio de los tamaños del efecto indicó que en Penn se obtuvo un efecto muy grande de la monoterapia cognitivo conductual, pero no se encontró un efecto aditivo para el tratamiento combinado.

En resumen, aunque existe evidencia clara de que tanto el tratamiento farmacológico con medicamentos serotoninérgicos como los tratamientos con exposición y prevención de rituales son efectivos para el trastorno obsesivo-compulsivo, sigue siendo escasa la información sobre su eficacia relativa y combinada porque la mayor parte de los estudios que han examinado esos temas presentan limitaciones metodológicas. No obstante, ningún estudio ha encontrado una clara superioridad a largo plazo de la combinación de farmacoterapia con exposición y prevención de rituales sobre el tratamiento que consta sólo de exposición y prevención de rituales.

A pesar de la falta de hallazgos concluyentes, muchos expertos defienden todavía la combinación de procedimientos como tratamiento de elección para el trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., Greist, 1992). En la práctica clínica es común ver pacientes en tratamiento con exposición y prevención de rituales que al mismo tiempo toman

inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. En exámenes no controlados del resultado del tratamiento por exposición y prevención de rituales para adultos (Franklin, Abramowitz, Bux, Zoellner y Feeny, 2002) y para jóvenes (Franklin *et al.,* 1998; Piacentini, Bergman, Jacobs, McCracken y Kretchman, 2002) tratados en clínicas para pacientes ambulatorios con el trastorno obsesivo-compulsivo, no se detectaron diferencias en el postratamiento en la gravedad de los síntomas del trastorno entre pacientes que sólo recibieron exposición y prevención de rituales y los que recibieron inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina con exposición y prevención de rituales. A partir de esos datos se puede conjeturar que no se requiere farmacoterapia concurrente para que cada paciente obtenga un beneficio considerable de la exposición y prevención de rituales, y que la farmacoterapia simultánea no parece inhibir la respuesta a la exposición y prevención de ésta. En relación con el aumento de la exposición y prevención de rituales a quienes responden de manera parcial a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, se cuenta hoy con evidencia de ensayos aleatorizados de que la exposición y prevención de rituales aumenta el resultado del tratamiento en comparación con el uso de medicamentos en jóvenes (Franklin *et al.,* 2011) y en comparación con el entrenamiento de manejo del estrés en adultos (Simpson *et al.,* 2010). Sin embargo, todavía se requiere un examen controlado más cuidadoso para llegar a conclusiones más definitivas sobre los efectos de agregar a la farmacoterapia la exposición y prevención de rituales.

EVALUACIÓN

Luego de una entrevista diagnóstica para confirmar la presencia del trastorno obsesivo-compulsivo es aconsejable cuantificar la gravedad de los síntomas del trastorno con uno o más de los instrumentos que se describen más adelante. La cuantificación de la gravedad de los síntomas ayuda al terapeuta en la evaluación del éxito del tratamiento para un determinado paciente. En la clínica se utilizan varios instrumentos de evaluación. Sin embargo, como en la mayoría de los estudios clínicos de investigación del trastorno obsesivo-compulsivo, el instrumento que más se usa en el centro para estos fines es la Escala Obsesiva-Compulsiva de Yale-Brown (Goodman *et al.,* 1989a, 1989b).

Escala Obsesiva-Compulsiva de Yale-Brown

La Escala Obsesiva-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS; Goodman *et al.,* 1989a, 1989b), una entrevista estandarizada semiestructurada, requiere alrededor de 30 minutos para ser completada. La escala de severidad de este instrumento incluye 10 reactivos (de los cuales cinco evalúan obsesiones y cinco compulsiones), cada uno de los cuales se califica en una escala de cinco puntos que va de 0 (**No hay síntomas**) a 4 (**Síntomas severos**). Los evaluadores califican el tiempo que ocupan las obsesiones y compulsiones, el grado de interferencia con el funcionamiento, el nivel de angustia, los intentos de resistir los síntomas y el nivel de control sobre ellos. La Escala Obsesiva-Compulsiva de Yale-Brown ha mostrado niveles adecuados de acuerdo entre calificadores, consistencia interna y validez (Goodman *et al.,* 1989a, 1989b). La escala fue el instrumento principal para evaluar el resultado en la mayor parte de los estudios publicados sobre farmacoterapia y terapia cognitivo conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo que se llevaron a cabo en el decenio entre 1990 y 1999.

Instrumentos de autorreporte

Inventario de obsesiones y compulsiones revisado

El Inventario de obsesiones y compulsiones revisado (OCI-R; Foa, Huppert *et al.,* 2002) es un instrumento de autorreporte que consta de 18 reactivos que evalúan el malestar asociado con obsesiones y compulsiones. Además de la puntuación total se calculan seis puntuaciones de subescalas, separadas mediante la suma de los tres reactivos que componen cada subescala: lavado, verificación, ordenamiento, obsesión, acumulación y neutralización. Foa, Huppert y colaboradores (2002) reportaron buenas condiciones de consistencia interna, confiabilidad test-retest y validez discriminante en pacientes clínicos con el trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, fobia social generalizada y controles no ansiosos. La puntuación total fluctúa entre 0 y 72 y para cada subescala oscila entre 0 y 12.

Otros instrumentos de autorreporte

También se dispone de otros instrumentos de autorreporte para evaluar los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo, como el Inventario de Obsesiones de Leyton (Kazarian, Evans y Lefave, 1977) y el Cuestionario de Obsesiones y Compulsiones de Lynfield

(Allen y Tune, 1975). Esos instrumentos tienen la limitación de que sólo evalúan ciertas formas de conducta obsesiva-compulsiva y, o que incluyen reactivos que no están relacionados con los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo. Más recientemente Storch y colaboradores (2009) desarrollaron el Inventario de obsesiones y compulsiones para Niños de Florida, cuyos propósitos son principalmente de detección.

ENTREVISTA INICIAL

Luego de haber establecido un diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo y antes de empezar el tratamiento, el terapeuta debería programar entre cuatro y seis horas de citas con el paciente, durante las cuales debe realizar tres tareas importantes. Primero, recabar la información necesaria para desarrollar un plan de tratamiento.

En particular, el terapeuta debe identificar primero señales específicas que angustian al paciente (señales de amenaza), formas de evitación, rituales y consecuencias temidas. Segundo, el terapeuta debe desarrollar un buen rapport con el paciente, ya que éste participará en ejercicios de exposición diseñados para provocarle ansiedad y angustia durante el tratamiento intensivo con exposición y prevención de rituales, cuyo resultado puede ser puesto en riesgo por la falta de una buena relación entre terapeuta y paciente. Tercero, el terapeuta necesita explorar las creencias del paciente sobre el trastorno obsesivo-compulsivo y las consecuencias percibidas de abstenerse de realizar los rituales y la evitación, ya que esta información dirige las discusiones informales de los procesos cognitivos que tienen lugar durante la exposición y prevención de rituales.

Las señales de amenaza pueden ser (1) objetos tangibles en el ambiente o (2) pensamientos, imágenes o impulsos que experimenta la persona (que a falta de mejores términos se han llamado "señales externas" y "señales internas," respectivamente). La evitación pasiva y la conducta ritualista (llamada en ocasiones "evitación activa") permiten disminuir el malestar asociado con las señales de amenaza. Los rituales pueden dividirse además en formas manifiestas y encubiertas (mentales). Es esencial que el paciente entienda la diferencia entre obsesiones y compulsiones mentales porque las obsesiones se tratan con exposición sistemática, mientras que las compulsiones mentales se tratan con la prevención de rituales. Durante el tratamiento debe indicarse a los pacientes que informen al terapeuta de cualquier compulsión mental porque el desempeño de dichas compulsiones durante los ejercicios de exposición atenúa los efectos de dichos ejercicios, de la misma forma que lo hacen las compulsiones conductuales.

Señales externas de miedo

La mayoría de los individuos con el trastorno obsesivo-compulsivo sienten miedo en reacción a señales ambientales específicas (objetos, personas o situaciones), pero cada paciente tiene sus propias señales idiosincrásicas. Por ejemplo, los individuos que temen a la contaminación de los baños difieren en si temen a todos los baños o sólo a los que están abiertos al público. Un paciente puede temer únicamente al inodoro, mientras que otro puede temer también a los pisos del sanitario, las perillas y los grifos. De igual modo, dos individuos pueden sentirse angustiados ante la posibilidad de que un incendio consuma su casa, pero mientras uno de ellos sólo siente la angustia cuando es la última persona en salir de casa, el otro se siente angustiado por las noches, antes de ir a la cama, cuando sus hijos están presentes.

El terapeuta debe obtener información específica acerca de las señales que provocan la

angustia del paciente a fin de identificar las fuentes básicas del miedo. La identificación de la fuente básica es importante para la planeación del programa de tratamiento. Para el éxito del tratamiento conductual del trastorno obsesivo-compulsivo es esencial confrontar la fuente del miedo. Las recaídas son comunes cuando dicha exposición no tiene lugar durante el tratamiento. Por ejemplo, una paciente que temía a la contaminación de su ciudad natal recibió tratamiento con exposición y prevención de rituales a 3 000 millas de distancia de la ciudad. Las distancias involucradas hicieron imposible la exposición directa, por lo que el tratamiento únicamente incluyó exposición a objetos contaminados directa o indirectamente por el contacto con la ciudad. Aunque la paciente se habituó a los objetos usados en las sesiones de exposición, siguió temiendo a su ciudad. Un año después de terminar el tratamiento la paciente desarrolló temores a nuevos objetos relacionados con su ciudad natal. Sólo pudo experimentar mejoría duradera cuando participó en exposiciones repetidas a la ciudad en sí.

Es importante que el terapeuta haga una investigación exhaustiva de los objetos, situaciones y lugares que causan malestar obsesivo al paciente en el momento de la presentación y al inicio. Dicha información permite identificar las fuentes de la angustia. Para facilitar la comunicación con el paciente acerca de las situaciones que lo afligen se introduce una Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (SUDS) que va de 0 a 100 puntos. Se pide a los pacientes que califiquen cada situación respecto con el nivel de malestar que esperan sentir en la exposición. Se espera que la fuente del malestar obtenga una puntuación de 100. El siguiente diálogo entre terapeuta y paciente ilustra el proceso de recabar información sobre las situaciones angustiantes.

TERAPEUTA: ¿Cuándo siente el impulso de lavarse las manos?
PACIENTE: En muchos lugares. Son demasiados lugares.
TERAPEUTA: ¿Hay algunos lugares donde los impulsos sean particularmente fuertes?
PACIENTE: Bueno, cuando estoy sentada en mi sala, sobre todo cerca de la chimenea. También en el cuarto de lavado, al que nunca voy, y cuando camino por el parque.
TERAPEUTA: Hablemos de su sala. ¿Qué tan mal se siente cuando está sentada al lado de su chimenea?
PACIENTE: Muy mal, supongo que alrededor de 90.
TERAPEUTA: ¿Puede decirme qué la hace sentir tan mal en su sala?
PACIENTE: Bien, esa es una larga historia.. y yo sé que no tiene sentido.
TERAPEUTA: Siga. Es importante que entendamos lo que la hace sentir tanto miedo e incomodidad en su sala.
PACIENTE: Hace unos dos años me levanté en la mañana y fui a la sala y vi una ardilla muerta en la chimenea. Supongo que se coló por la chimenea, pensé que seguramente había muerto porque estaba enferma. Sé que muchas ardillas tienen rabia y pensé que si la ardilla había muerto de rabia habría gérmenes por toda la chimenea.
TERAPEUTA: ¿Intentó que le limpiaran la chimenea y el hogar?
PACIENTE: Sí, hicimos que una empresa limpiara toda el área, pero no estoy segura de que pudieran eliminar todos los gérmenes.

TERAPEUTA: Entiendo. ¿Qué me dice del cuarto de lavado? ¿Qué tan molesto le resulta estar ahí?
PACIENTE: Eso sería un 100, y es la razón por la que no voy a ese lugar.
TERAPEUTA: ¿Cómo fue que se volvió peligroso el cuarto de lavado?
PACIENTE: Bueno, esa es otra historia. Hasta hace un año mis hijos solían tener sus cobayos en el cuarto de lavado. Un día encontramos muerta a la hembra, por lo que pensé que era probable que también hubiera muerto de rabia.
TERAPEUTA: Ya entiendo. Entonces por lo general teme contraer rabia si tiene contacto con las cosas que piensa que están contaminados con los gérmenes de la rabia. ¿Es correcto?
PACIENTE: Exactamente. Esa es la razón por la que no me gusta pasear por el área arbolada del parque. Usted sabe, en esos lugares hay todo tipo de animales y nadie sabe dónde podrían estar los gérmenes.

A partir de esta conversación queda claro que la paciente no temía a las salas, los cuartos de lavado ni a los parques *per se*. Más bien, cualquier situación u objeto que en su mente tuviera alguna probabilidad de estar infectado con los gérmenes de la rabia se convertía en una fuente de contaminación. Sin embargo, algunos pacientes que temen a la contaminación no pueden especificar las consecuencias temidas de entrar en contacto con los estímulos que consideran contaminados. Para esos pacientes el miedo principal es que no podrán tolerar el malestar emocional extremo que genera la contaminación. Con esos pacientes es importante sondear más a fondo para discernir si tienen temores acerca de las consecuencias a largo plazo para su salud de la experiencia de ansiedad elevada e incesante en respuesta a los estímulos que disparan las obsesiones.

Señales internas de miedo

La ansiedad y la angustia también pueden ser generadas por imágenes, impulsos o pensamientos abstractos que el individuo encuentra perturbadores, vergonzosos o repugnantes. Algunos ejemplos de esas señales incluyen el impulso de apuñalar a un hijo, pensamientos de que el cónyuge es lesionado en un accidente o imágenes de figuras religiosas involucradas en actividad sexual. Es claro que las señales internas de amenaza pueden ser producidas por situaciones externas, por ejemplo, ver un cuchillo puede disparar el impulso de apuñalar a uno de los hijos. Algunos pacientes se angustian cuando experimentan algunas sensaciones corporales, tal es el caso de pequeños dolores que disparan el temor a tener cáncer.

En muchos casos los pacientes pueden ser renuentes a expresar sus pensamientos obsesivos porque se avergüenzan de ellos o porque temen que expresarlos hará más probable que ocurra la consecuencia. En esos casos, el terapeuta debe alentar la expresión de esos pensamientos por medio de preguntas directas y una actitud objetiva. En ocasiones es útil decir al paciente que mucha gente con y sin trastorno obsesivo-compulsivo tiene pensamientos no deseados (hasta 85% de los individuos normales; Rachman y DeSilva, 1978). También puede ser conveniente recordarle que hablar sobre

las obsesiones será parte de la terapia; la sesión de evaluación brinda la oportunidad de empezar este proceso.

TERAPEUTA: Entonces dígame, ¿cuándo es que siente el impulso de contar?
PACIENTE: Parece que siempre estoy contando algo, pero sobre todo es cuando pienso en ciertas cosas.
TERAPEUTA: ¿Qué clase de cosas?
PACIENTE: No lo sé. Cosas malas.
TERAPEUTA: ¿Puede darme algunos ejemplos de pensamientos malos que lo hagan querer contar?
PACIENTE: (*breve silencio*) Preferiría no hablar sobre eso. Empeora las cosas.
TERAPEUTA: ¿Quiere decir que empeora el conteo?
PACIENTE: Sí.
TERAPEUTA: Muy bien, ahora sé que cuando piensa o habla de ciertas cosas malas siente el impulso de contar, pero todavía no sé qué son esas cosas malas. ¿Qué le parece si me cuenta para que pueda ayudarlo con ellas?
PACIENTE: Preferiría no hacerlo. ¿Podemos hablar de otra cosa?
TERAPEUTA: Es importante que yo sepa cuáles son esos pensamientos para poder planear su tratamiento. Trataré de ayudarle. ¿Los pensamientos implican que alguien es lastimado?
PACIENTE: Sí.
TERAPEUTA: ¿Los pensamientos sólo implican a una determinada persona que es lastimada o podría ser cualquiera?
PACIENTE: Principalmente mi familia.
TERAPEUTA: Muy bien, ¿Qué más puede decirme sobre los pensamientos?
PACIENTE: En realidad no quiero decir nada más.
TERAPEUTA: Sé que da miedo, pero recuerde que este tratamiento implica que enfrente sus temores.
PACIENTE: Muy bien. No siempre son pensamientos. A veces veo imágenes en mi mente en que mi hermano, o mi mamá y mi papá son asesinados. Temo que si hablo de esos pensamientos e imágenes en realidad van a morir.
TERAPEUTA: Mucha gente piensa cosas que no le gustan. Incluso personas sin el trastorno obsesivo-compulsivo. Que usted tenga esos pensamientos o hable de ellos no significa que esas cosas terribles ocurrirán o que usted desea que se hagan realidad.

Es importante asegurar al paciente que los pensamientos desagradables ocurren a menudo y se debe enfatizar la distinción entre pensamientos y realidad. Muchos pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo tienen ideas mágicas en que la distinción entre "pensar en algo" y "hacer que las cosas sucedan" se vuelve borrosa, un proceso que Salkovskis (1985) denominó "fusión pensamiento-acción". Es importante remarcarle al paciente que los pensamientos son distintos de las acciones. Además, muchos pacientes creen que si los pensamientos negativos entran en su mente eso significa que

desean que ocurran cosas malas. El terapeuta debe asegurar al paciente que pensar en cosas malas no significa que uno desee que sucedan. Ese tipo de discusiones informales de las creencias erróneas es parte integral de la correcta implementación de la exposición y prevención de rituales. Dichas discusiones deben acompañar al proceso de planeación del tratamiento y repetirse cuando sea necesario durante los ejercicios de exposición. Sin embargo, es importante que estas discusiones acompañen, no que sustituyan, a los ejercicios de exposición y prevención de rituales.

Consecuencias temidas

Muchos individuos con trastorno obsesivo-compulsivo temen que sucederá algo terrible si no realizan sus rituales. Por ejemplo, algunos pacientes con rituales de lavado temen que ellos o alguna otra persona enfermarán, quedarán discapacitados o morirán como resultado de haber sido contaminados. Muchos pacientes con rituales de verificación temen que debido a su negligencia ocurrirán algunas catástrofes como el incendio de su casa o que puedan causarle la muerte a alguien mientras manejan. Algunos pacientes sólo tienen una vaga idea de cuáles podrían ser esas consecuencias negativas (p. ej., "No sé exactamente lo que ocurrirá, pero siento que si no cuento hasta siete algo malo le ocurrirá a mi familia"). Otras personas no temen ninguna catástrofe, pero no pueden tolerar la angustia que sienten si no realizan los rituales. Algunos temen que a menos que realicen los rituales la ansiedad aumentará continuamente hasta sufrir un colapso nervioso. Datos del ensayo de campo del DSM-IV indicaron que aproximadamente dos tercios de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo podían identificar con claridad consecuencias distintas al malestar emocional que se presentaría si se abstuvieran de realizar los rituales, mientras que el resto no podía reportar esas consecuencias (Foa *et al.,* 1995).

Es importante identificar los detalles específicos de las consecuencias que teme el paciente para planear un programa de exposición efectivo. Por ejemplo, el contenido de la exposición imaginaria de un paciente que verifica mientras conduce por temor a atropellar a un peatón y ser enviado a la cárcel difiere del de un paciente que teme que atropellar a un peatón le acarreará un castigo de Dios. De igual modo, los pacientes con el ritual de colocar los objetos en un orden específico pueden diferir en lo que concierne a las catástrofes que temen. Algunos realizan el ritual para impedir consecuencias catastróficas (p. ej., la muerte de los padres), mientras que otros lo hacen sólo para disminuir el malestar que les provocan los objetos desordenados. El primero se beneficiaría de un tratamiento que incluya exposición tanto imaginaria como *en vivo*, mientras que es probable que para el segundo sólo sea útil la exposición *en vivo*.

Fuerza de la creencia

Las observaciones clínicas han llevado a sugerir que los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo que tienen pobre introspección no responden bien a la exposición y prevención de rituales, aunque dos estudios posteriores no encontraron relación lineal entre la fuerza de la creencia en las catástrofes temidas y la mejoría que seguía a la exposición y prevención de rituales (Foa *et al.,* 1999; Lelliott, Noshirvani, Basoglu,

Marks y Monteiro, 1988).

Al evaluar esos hallazgos colectivos es necesario considerar dos problemas. Primero, se desconocen la confiabilidad y validez de los instrumentos usados en los estudios previos para medir la fuerza de la creencia. Segundo, la relación entre la ideación sobrevalorada y el resultado del tratamiento puede no ser lineal. La observación clínica sugiere que sólo los pacientes que expresan una creencia extrema en su ideación obsesiva muestran resultados pobres. De hecho, Foa y colaboradores (1999) encontraron que sólo la creencia extremadamente fuerte (la creencia fija) se asociaba con un resultado atenuado. Dichos pacientes pueden parecer delirantes cuando hablan de las catástrofes a las que temen. Los autores suponen que el efecto de la creencia fija en el resultado puede ser mediada por el cumplimiento del tratamiento: los pacientes que están convencidos de que los desastres temidos se presentarán si realizan los ejercicios recomendados probablemente no cumplirán las tareas como fueron asignadas.

Cuando se evalúa la fuerza de la creencia es importante recordar que la introspección de un paciente sobre el sin sentido de su creencia suele fluctuar. Algunos pacientes reconocen fácilmente que sus creencias obsesivas son irracionales, pero aún así esas creencias les causan un marcado malestar. Unos cuantos individuos creen firmemente que sus obsesiones y compulsiones son racionales; pero en la mayoría de los pacientes la fuerza de la creencia fluctúa entre situaciones, lo que hace difícil confirmar qué tan convencidos están de la racionalidad de sus obsesiones. El siguiente ejemplo es una indagación sobre la fuerza de la creencia de una paciente en su temor obsesivo de contraer el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

TERAPEUTA: ¿Qué tan probable es que contraiga SIDA por usar un baño público?
PACIENTE: De verdad me aterra contraer SIDA si uso el baño de un restaurante
TERAPEUTA: Yo sé que teme contraer SIDA, pero si lo piensa lógicamente, ¿qué tan probable cree que sea que contraiga SIDA por sentarse en un baño público?
PACIENTE: Pienso que si uso un baño público voy a contraer SIDA.
TERAPEUTA: Entonces ¿quiere decir que la probabilidad de contraer SIDA por sentarse una vez en un baño público es de 100%?
PACIENTE: Bueno, no sé qué pasaría si me siento una vez, pero si lo hago una y otra vez seguramente sucedería.
TERAPEUTA: ¿Qué pasa con las otras personas? ¿Van a contraer SIDA si usan un baño público?
PACIENTE: Supongo que si, no estoy segura.
TERAPEUTA: Dado que la mayoría de la gente usa baños públicos, para este momento casi todos deberían tener SIDA. ¿Cómo explica el hecho de que una cantidad relativamente pequeña de gente tenga SIDA?
PACIENTE: Tal vez no todos son tan susceptibles al SIDA como yo.
TERAPEUTA: ¿Cree que es más susceptible que otras personas?
PACIENTE: No estoy segura. Quizá la probabilidad de que contraiga SIDA es sólo de 50%

A partir de las interacciones descritas el terapeuta concluyó que la paciente no tenía "ideaciones sobrevaloradas", por lo que su pronóstico es más optimista de lo que sería de mantener con fuerza su creencia original. En consecuencia, la implementación de la exposición y prevención de rituales para esta paciente debería seguir las directrices estándar.

Evitación y rituales

Para maximizar la eficacia del tratamiento deben impedirse todas las conductas ritualistas y de evitación, incluso las aparentemente menores. Por ende, el terapeuta debería obtener información completa sobre todos los rituales y conductas de evitación pasiva. Si el terapeuta duda si una conducta de evitación particular se relaciona con el trastorno obsesivo-compulsivo, puede sugerir un "experimento" en que se expone al paciente a la situación evitada. Si el paciente experimenta ansiedad o angustia, la conducta de evitación debe ser impedida como parte del tratamiento. De igual modo, si no queda claro si una acción determinada constituye un ritual, puede realizarse un experimento de "prevención" de respuesta; si abstenerse de realizar la acción provoca malestar, la acción se identifica como un ritual y debe abordarse en la terapia.

Es común que los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo, igual que quienes presentan fobias específicas, traten de evitar las situaciones que les causan ansiedad. La mayoría de las estrategias de evitación pasiva son bastante obvias (p. ej., no entrar a los baños públicos, no preparar alimentos y no sacar la basura). No obstante, el terapeuta también debe estar atento a las formas sutiles de evitación, como llevar dinero en los bolsillos para no tener que abrir la cartera, usar mocasines para no tocar las agujetas y utilizar pajillas para evitar el contacto con un vaso o una lata. Los pacientes con rituales obsesivo-compulsivos de verificación también realizan conductas sutiles de evitación que es importante explorar, como organizar sus agendas de trabajo para asegurar que rara vez, si acaso, sean la última persona en salir de la oficina, lo que garantiza que la responsabilidad de verificar la seguridad recaiga en un compañero.

Los rituales activos, igual que la evitación pasiva, pueden ser explícitos (p. ej., lavado prolongado, verificación repetida de la puerta y ordenamiento de los objetos) y, o sutiles (p. ej., limpiarse las manos en las piernas del pantalón, parpadear y pensar cosas "buenas"). Es importante que el terapeuta identifique los rituales explícitos e implícitos de modo que ambos puedan ser abordados en el tratamiento.

Aunque la intención de los rituales compulsivos es reducir el malestar asociado con las obsesiones, en ocasiones los pacientes informan que la realización de esos rituales es aversiva en sí misma. Por ejemplo, la señora S, quien estaba obsesionada con el orden de los objetos en sus repisas, encontraba aversivo reordenarlas porque no podía encontrar el lugar "perfecto" para todo. De igual modo, al señor I, quien se sentía contaminado por sustancias químicas, le resultaba desagradable el acto de descontaminarse mediante el lavado repetido de manos porque no podía decidir cuándo estaban sus manos suficientemente limpias. Los rituales también pueden volverse

aversivos por su intrusión en otros aspectos de la vida de la persona. Por ejemplo, el señor J, quien debía tomar duchas de dos horas para sentirse adecuadamente limpio, recibía reprimendas repetidas de su supervisor por llegar tarde al trabajo.

Cuando ciertas compulsiones se vuelven aversivas, algunos pacientes disminuyen el tiempo que dedican a la realización del ritual incrementando las conductas de evitación o sustituyéndolo por otros rituales que consumen menos tiempo. Por ejemplo, la señora E, a quien obsesionaban temores de contaminación por objetos relacionados con los funerales (p. ej., cementerios y gente que regresaba de un funeral) respondía duchándose y lavándose las manos durante horas. A la larga se retiró a su recámara y evitaba todo contacto con el mundo exterior. El señor J, a quien describimos antes, evitaba ducharse en días consecutivos, pero en los días que no se duchaba se limpiaba las manos de manera compulsiva y evitaba tocar a su esposa. En algunos casos, en el curso del tratamiento pueden desarrollarse rituales aparentemente "nuevos" que ocupan el lugar de los que previamente fueron identificados y eliminados. Por ejemplo, el señor F, a quien le preocupaba que sus manos se contaminaran, logró resistir el impulso de lavarlas, pero poco después de que se puso en práctica la prevención de rituales empezó a frotarse las manos vigorosamente para "descontaminarlas". Cuando se identifica ese ritual sustituto también debe ser abordado en el tratamiento con prevención del ritual. Los terapeutas no sólo deben estar atentos a dichos cambios en las conductas ritualistas, sino que también deben alertar a los pacientes de la posibilidad de dichos cambios.

Historia de la queja principal e historia de tratamiento

Muchos individuos con trastorno obsesivo-compulsivo no pueden hacer un relato detallado del inicio de sus síntomas porque estos empezaron de manera sutil muchos años antes. No obstante, los terapeutas deberían tratar de recabar tanta información como sea posible sobre el inicio y curso del trastorno. Dicha información ofrece indicios sobre aspectos de la red de miedo y de variables asociadas con el mantenimiento de los síntomas, y contribuye a anticipar dificultades que pueden surgir durante el tratamiento (p. ej., antiguas obsesiones o rituales que pueden reaparecer a medida que disminuyen los más destacados).

Muchos de esos individuos también tienen una larga historia de tratamientos psicológicos y farmacológicos, es importante indagar de manera detallada sobre el resultado de los mismos. Si el paciente fue tratado con exposición y prevención de rituales, el terapeuta debe evaluar si la implementación del tratamiento fue apropiada y si el paciente cumplió las exigencias del tratamiento. Para diseñar el programa conductual es importante saber si a un paciente le resultó difícil cumplir las instrucciones de prevención de rituales, o si la terapia anterior no logró ofrecer experiencias adecuadas de exposición o instrucciones de prevención de rituales. También deben analizarse otros factores que pueden haber impedido un resultado exitoso o haber causado la recaída, como el estrés en el trabajo, la muerte de un familiar o un embarazo. Al mismo tiempo, no necesariamente debe verse como pronóstico el fracaso anterior en un curso de exposición y prevención de rituales, sobre todo si el paciente reconoce la razón por la que la terapia

tuvo poco éxito en el pasado. Uno de nuestros pacientes, que había fallado en múltiples ensayos menos intensivos de exposición y prevención de rituales llegó al centro sabiendo que su incumplimiento de los ejercicios de exposición entre sesiones semanales había reducido considerablemente los efectos del tratamiento. También advirtió que el lento progreso que había observado en esas terapias anteriores lo desalentó y ocasionó una mayor falta de compromiso con el tratamiento. Cuando se le dio la opción de elegir entre sesiones diarias o dos sesiones semanales optó por el tratamiento diario, ya que estaba consciente de que el método más intensivo podría disminuir la posibilidad de fallas similares. En esta ocasión logró completar con éxito el régimen intensivo.

En la clínica se ha observado que una gran mayoría de los pacientes ambulatorios han sido tratados, o están siendo tratados, con medicamentos serotoninérgicos. Algunos buscan la exposición y prevención de rituales para aumentar las ganancias parciales obtenidas con los medicamentos. Otros desean descontinuar la medicación porque no funcionó, por los efectos secundarios o porque no quieren tomar fármacos de manera indefinida. La evaluación de las metas que tiene el paciente del tratamiento es necesaria para planear su programa de tratamiento.

Funcionamiento social

Los síntomas obsesivos-compulsivos pueden alterar gravemente la vida cotidiana de los pacientes. Los terapeutas deben evaluar el impacto que tienen esos síntomas en las distintas áreas de funcionamiento. En los casos que sea pertinente, esta información debería usarse para diseñar ejercicios de exposición apropiados. Por ejemplo, a la señora D le resulta difícil realizar las tareas en el trabajo por su verificación repetida de cada una de ellas, por lo que su tratamiento incluyó exposiciones a la realización de tareas en el trabajo sin verificarlas. Incluso si el cliente no trabaja por el momento, si los síntomas le causaron problemas en los trabajos anteriores pueden ser necesarias exposiciones que simulen situaciones laborales.

Es claro que el trastorno obsesivo-compulsivo tiene un efecto dañino en las relaciones íntimas de muchos pacientes. Casi la mitad de los individuos casados que buscan tratamiento para dicho trastorno experimentan problemas matrimoniales (Emmelkamp *et al.,* 1990; Riggs *et al.,* 1992). Otras relaciones familiares y sociales también pueden ser afectadas por los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo. El daño en el funcionamiento social puede surgir porque el contacto social se percibe como una amenaza (p. ej., "Puedo transmitir los gérmenes a otras personas") o porque el paciente dedica buena parte de su tiempo y energía a la realización de rituales y a la planeación de formas de evitar las situaciones angustiantes. Una vez más, la información sobre la relación entre la disfunción social y los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo puede llevar al terapeuta a incluir exposiciones específicas encaminadas a aliviar esas dificultades sociales.

La evaluación del funcionamiento social también debería incluir la valoración del papel, si acaso, que juegan otras personas en los rituales compulsivos del paciente. Si el paciente depende de otros para obtener consuelo o aceptación de los rituales (p. ej., los

miembros de la familia deben quitarse los zapatos antes de entrar a la casa), el terapeuta debe enseñarles la manera adecuada de responder cuando se les pida participar en los rituales del paciente. Se requiere un análisis cuidadoso de la relación antes de dar instrucciones específicas a los allegados. Además, si los miembros de la familia tienden a criticar al paciente cuando surge el malestar obsesivo, es importante abordar esos intercambios negativos en el tratamiento. A menudo se ha enfrentado ese problema con una combinación de discusión empática de la frustración que experimenta el familiar y el juego de roles de respuestas más efectivas.

Estado de ánimo

Aunque la terapia conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo puede ayudar a algunos pacientes con depresión grave y trastorno obsesivo-compulsivo (Foa *et al.,* 1992), la investigación sugiere que la depresión severa puede limitar el grado en que disminuyen los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y el mantenimiento de esas ganancias (p. ej., Abramowitz *et al.,* 2000). En consecuencia, es importante evaluar el estado de ánimo del paciente antes de empezar la terapia conductual. Los pacientes con depresión severa deben ser tratados con antidepresivos o terapia cognitiva para disminuir los síntomas depresivos antes de poner en práctica la terapia conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo. El tratamiento con antidepresivos serotoninérgicos puede disminuir los síntomas tanto del trastorno obsesivo-compulsivo como de la depresión. Dado que los efectos de dicho medicamento para los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo pueden ser evidentes hasta después de tres meses de haber iniciado el tratamiento, el terapeuta debe usar su juicio clínico para decidir si empieza la exposición y prevención de rituales cuando disminuye la depresión o si espera hasta poder evaluar los efectos del medicamento en los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo.

Elección del tratamiento

¿Cómo debería un terapeuta decidir cuál es el tratamiento más adecuado para un determinado paciente? Como se vio antes, la exposición y prevención de rituales, así como los medicamentos serotoninérgicos, han demostrado eficacia en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. Terapeuta y paciente deben elegir entre exposición y prevención de rituales, farmacoterapia o una combinación de ambas. Ningún tratamiento funciona en todos los pacientes y no se han identificado predictores de quién se beneficiará más de qué modalidad de tratamiento. Por consiguiente, a menos que el paciente haya obtenido en un curso anterior de tratamiento un resultado particularmente exitoso o fallido, la decisión debe basarse en factores como la disponibilidad del tratamiento, el tiempo que el paciente puede o quiere invertir en la terapia y su motivación y disposición a tolerar los efectos secundarios.

El tratamiento intensivo requiere una inversión considerable de tiempo durante varias semanas. Muchos pacientes no pueden o no están dispuestos a dedicar de cuatro a cinco horas diarias al tratamiento, a ellos se les recomienda la farmacoterapia ya que no requiere un compromiso temporal de la misma extensión. Investigaciones recientes que

han comparado los efectos de un tratamiento por exposición y prevención de rituales dos veces por semana con el tratamiento intensivo sugieren resultados similares en el seguimiento (Abramowitz *et al.,* 2003; Storch *et al.,* 2007); por consiguiente, en el centro de manera rutinaria se ofrece cualquiera de esos programas a los pacientes que consideran la exposición y prevención de rituales.

Algunos pacientes quizá no estén dispuestos a experimentar la incomodidad temporal que causan la exposición y prevención de rituales (lo que a veces expresan diciendo "No puedo hacer eso"). También a esos pacientes se les puede recomendar que prueben los medicamentos. A menudo se cita la necesidad de desarrollar "programas de preparación" que ayuden a esos pacientes a aceptar el tratamiento por exposición y prevención de rituales. Esos programas incluyen testimonios de pacientes que ya fueron tratados, estrategias cognitivas diseñadas para ayudarlos a calcular con mayor precisión los riesgos objetivos, información psicológica sobre el trastorno obsesivo-compulsivo y la exposición y prevención de rituales, así como una revisión de las publicaciones sobre los resultados de diversos tratamientos (Tolin, Malthy, Diefenbach, Hannan y Worhunsky, 2004). Un ensayo controlado aleatorizado inicial de la exposición y prevención de rituales combinado con entrevista motivacional no arrojó resultados que fueran superiores a los del tratamiento sólo con exposición y prevención de rituales (Simpson *et al.,* 2010), pero el estudio no reclutó específicamente a pacientes poco motivados. El siguiente paso en esta línea de investigación son los programas con base en manuales enfocados en esos pacientes y el examen de la tasa de aceptación y la eficacia de la exposición y prevención de rituales imbuidas con la entrevista motivacional.

Los pacientes preocupados por los efectos secundarios potenciales (o ya experimentados) o por los efectos desconocidos a largo plazo de los medicamentos a menudo prefieren la exposición y prevención de rituales. A otros les preocupa la perspectiva de entrar en un tratamiento "interminable" porque, según lo que se sabe a la fecha, ocurren recaídas cuando se suspenden los medicamentos (Pato *et al.,* 1988; Thoren, Asberg, Chronholm, Journestedt y Traskman, 1980). Esta preocupación es particularmente relevante para las mujeres que planean tener hijos y necesitan suspender los medicamentos durante el embarazo. A esos pacientes se les debería recomendar la exposición y prevención de rituales porque sus efectos son más duraderos.

Como se analizó antes, no son claros los efectos a largo plazo de la combinación de exposición y prevención de rituales con medicamentos, por lo que es prematuro recomendar programas de tratamiento que combinen ambas terapias. Sin embargo, algunos pacientes que llegan en busca de tratamiento ya están tomando antidepresivos. Como se ha encontrado que esos medicamentos no interfieren con la eficacia de la exposición y prevención de rituales (Franklin *et al.,* 2000), es recomendable que esos pacientes continúen tomando el medicamento si han experimentado alguna mejoría en los síntomas obsesivo-compulsivos o en la depresión. No obstante, si el paciente no ha experimentado mejoría debe considerarse la suspensión del medicamento antes o durante la exposición y prevención de rituales. Es importante dar consideración especial a los pacientes con depresión severa concurrente con el trastorno obsesivo-compulsivo. Dados

los hallazgos recientes de que los pacientes gravemente deprimidos obtienen resultados atenuados, es conveniente que reciban antidepresivos o terapia cognitiva para la depresión antes de recibir el tratamiento intensivo con exposición y prevención de rituales para el trastorno obsesivo-compulsivo (Abramowitz *et al.,* 2000).

EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE RITUALES INTENSIVA

El programa de tratamiento intensivo incluye cuatro fases: (1) recopilación de información, (2) exposición y prevención de rituales intensivas, (3) visita domiciliaria, y (4) mantenimiento y prevención de recaídas.

Recopilación de información y planeación del tratamiento

La primera etapa de la recopilación de información consiste en una evaluación diagnóstica rigurosa para determinar que la psicopatología principal del paciente es el trastorno obsesivo-compulsivo. El segundo paso es evaluar si el paciente es apropiado para la exposición y prevención de rituales. En el caso de individuos que abusan de drogas o alcohol se recomienda que sean tratados para el abuso de sustancias antes del tratamiento intensivo para el trastorno obsesivo-compulsivo. Los pacientes con delirios y alucinaciones claras también son malos candidatos para el tratamiento intensivo. Los pacientes con trastorno depresivo mayor deben recibir tratamiento para la depresión antes de empezar el tratamiento para el trastorno obsesivo-compulsivo. Debe evaluarse con cuidado la motivación del paciente para cumplir las exigencias del tratamiento intensivo. Es importante describir el programa de tratamiento con el detalle suficiente para que el paciente no se vea sorprendido cuando empiece el tratamiento. Si el paciente no expresa una fuerte motivación y compromiso con la terapia, quizá sea preferible demorar la implementación del tratamiento intensivo u ofrecerle alternativas como el uso de medicamentos. Como se mencionó, un estudio de una forma menos intensiva de exposición y prevención de rituales para pacientes que, aunque parecen motivados, no pueden adaptar su agenda al programa de sesiones diarias sugirió un resultado comparable al del tratamiento intensivo; se requiere de investigación con muestras mucho más grandes para determinar si factores del paciente predicen un resultado diferencial de cualquier programa de tratamiento.

Una vez que se juzga que un paciente es apropiado para el tratamiento intensivo, empieza la recolección de información para planear el tratamiento. Esta fase por lo general comprende entre cuatro y seis horas de contacto con el paciente por un periodo de dos a tres días. Como se describió antes, durante esta fase el terapeuta recaba información sobre los síntomas obsesivo-compulsivos del paciente, su historia general y la historia de tratamientos para el trastorno obsesivo-compulsivo. Durante esas sesiones el terapeuta plantea la lógica del tratamiento, describe el programa en detalle, enseña al paciente a supervisar sus rituales y desarrolla un plan de tratamiento.

Primera sesión de recolección de información

Es muy importante plantear la lógica del tratamiento y describir el programa en detalle. El programa requiere que el paciente abandone sus hábitos obsesivo-compulsivos, lo cual supone que experimentará temporalmente una considerable incomodidad. Si los pacientes no entienden por qué se les pide sufrir este malestar por un corto plazo o no están

convencidos de que el tratamiento vaya a funcionar es poco probable que cumplan las instrucciones del tratamiento. La lógica del tratamiento se describe de la siguiente manera:

> "Usted tiene un conjunto de hábitos que, como sabe, se conocen como síntomas obsesivo-compulsivos. Son hábitos de pensamiento, sentimiento y acción que resultan extremadamente desagradables e ineficientes y es difícil deshacerse de ellos por uno mismo. Por lo regular esos hábitos involucran pensamientos, imágenes o impulsos que llegan a su mente, aunque no lo desee. Junto con esos pensamientos experimenta sensaciones indeseables de angustia o ansiedad extremas y fuertes impulsos de hacer algo para disminuir el malestar. En un intento de deshacerse de la ansiedad la gente adquiere el hábito de involucrarse en diversos pensamientos o acciones especiales a los que llamamos 'rituales'.
> "Por desgracia, como sabe, los rituales no funcionan tan bien y la angustia disminuye por un corto tiempo sólo para volver de nuevo. Al final descubrirá que realiza cada vez más rituales en un intento de disminuir la ansiedad, pero incluso entonces el alivio es temporal y tiene que volver a repetirlos. Gradualmente encontrará que dedica tanto tiempo y energía a los rituales, que en cualquier forma no funcionan, que las otras áreas de su vida se ven gravemente alteradas.
> "El tratamiento que estamos por empezar se conoce como exposición y prevención de rituales y está diseñado para romper dos tipos de asociaciones. La primera asociación es entre las sensaciones de ansiedad y los objetos, situaciones o pensamientos que producen dicho malestar. (El terapeuta usa la información recabada como ejemplo; p. ej., 'Cada vez que toca algo asociado con la orina se siente ansioso, angustiado o contaminado)". La segunda asociación que queremos romper es la que existe entre realizar la conducta ritualista y la sensación de menor ansiedad o malestar. En otras palabras, después de que usted lleva a cabo [especifica los rituales] temporalmente siente menos malestar, por lo que sigue realizando esta conducta con frecuencia. El tratamiento que le ofrecemos rompe el vínculo automático entre las sensaciones de malestar, ansiedad o contaminación de [especifica la obsesión] y sus rituales. También vamos a entrenarlo para no ritualizar cuando se sienta ansioso".

Después de exponer la lógica del tratamiento, el terapeuta debe empezar a recabar información sobre los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo del paciente. La lógica de la recolección de información y una descripción del tratamiento se presentan de la siguiente manera:

> "En las dos siguientes sesiones voy a hacerle preguntas específicas sobre las diversas situaciones y pensamientos que le provocan malestar o ansiedad. Vamos a ordenarlos de acuerdo con el grado de angustia que le generan en una escala de 0 a 100, donde 0 significa que **No hay ansiedad** y 100 significa **Ansiedad máxima o pánico**. El programa de tratamiento de exposición involucra enfrentarlo con situaciones y

pensamientos que evita porque le provocan ansiedad e impulsos para realizar la conducta ritualista. ¿Por qué queremos exponerlo a lugares y objetos que lo hacen sentir mal, situaciones que ha tratado de evitar incluso a un elevado costo? Sabemos que la ansiedad disminuye gradualmente cuando la gente es expuesta a situaciones a las que teme. Entonces, a través de la exposición se rompe la asociación entre la ansiedad y [se especifica la obsesión] porque al enfrentarse de manera repetida a esas situaciones va disminuyendo la ansiedad provocada previamente.

"Para muchas personas con trastorno obsesivo-compulsivo las obsesiones ocurren en su imaginación y rara vez tienen lugar en la realidad, por lo que resulta imposible practicar la exposición confrontando esas situaciones por periodos prolongados. Por ejemplo, si una persona teme que su casa se incendie, por supuesto que no se va a incendiar su casa para practicar la exposición. De igual modo, alguien que teme haber atropellado a una persona tirada en el camino en realidad no puede ser expuesto a semejante situación.

"Si la persona debe confrontar la situación temida para disminuir las obsesiones ¿cómo puede mejorar sin enfrentar directamente la situación? Puede hacerlo por medio de la imaginería, en ésta usted visualiza las circunstancias que teme que sucedan. Cuando practica la imaginería crea en su mente imágenes detalladas de las consecuencias terribles que teme que ocurran si no realiza la conducta ritualista. Durante la exposición prolongada a esas imágenes disminuye gradualmente el nivel de angustia asociada con ellas.

"Las personas con trastorno obsesivo-compulsivo se tornan ansiosas o angustiadas cuando se encuentran con las situaciones a las que temen o con sus pensamientos obsesivos, por lo que se sienten obligadas a realizar la conducta ritualista como una forma de disminuir su malestar. Las prácticas de exposición pueden ocasionar la misma inquietud y necesidad de ritualizar. Por lo general, llevar a cabo los rituales fortalece el patrón de angustia y ritualización, por lo que en el tratamiento se practica la prevención de rituales para romper este hábito. Esto requiere que deje de realizar los rituales, aunque sienta la necesidad de hacerlo. Si enfrenta sus temores sin recurrir a las compulsiones su ansiedad va a disminuir gradualmente. Los terapeutas conductuales llaman "habituación" a este proceso. Por consiguiente, durante las tres semanas de exposición intensiva la asociación entre el alivio de la ansiedad y la realización de [especifica los rituales del paciente] se volverá más débil porque no se le permitirá realizar esas conductas; de este modo verá que su ansiedad disminuye incluso si no recurre a esas actividades".

La sesión inicial de obtención de información también se utiliza para empezar a entrenar al paciente a supervisar sus rituales con precisión. Los reportes exactos de la frecuencia y duración de la conducta ritualista son importantes para evaluar el progreso del tratamiento y para demostrar al paciente la realidad de los cambios. En algunos casos la supervisión también cumple un papel activo en el tratamiento. Los pacientes empiezan a reconocer que los rituales en realidad no ocurren "todo el día" y el acto de supervisarlos

puede disminuir su frecuencia y duración.

> "Para el programa de tratamiento es muy importante que tengamos una imagen clara de la medida en que se involucra en el pensamiento obsesivo y la conducta compulsiva. Tener una idea clara de cuánto tiempo ocupa su problema nos ayudará a supervisar su progreso y ajustar en consecuencia el programa de tratamiento. Por lo tanto, durante esta semana, mientras sigo recabando la información para elaborar un programa de tratamiento, quiero que registre sus síntomas todos los días. No es fácil hacer un reporte preciso de qué tanto se involucra en su conducta obsesiva-compulsiva, por lo que en ésta y la siguiente sesión dedicaremos tiempo a analizar algunas reglas para el registro de sus síntomas. Tenemos aquí algunos formatos en los que debe registrar sus pensamientos y rituales".

El terapeuta debe especificar qué ritual o rituales deben ser registrados, analizar cuidadosamente las instrucciones y practicar con el paciente el llenado del formato, usando para ello un "día imaginario" de su vida. Las siguientes reglas son útiles para el monitoreo de los rituales:

1. Use su reloj para monitorear el tiempo que dedica a sus rituales.
2. No calcule el tiempo que dedica a los rituales; sea exacto.
3. Anote de inmediato el tiempo en su formato de supervisión.
4. No deje el registro para el final del día o para el inicio del día siguiente.
5. Escriba una oración corta para describir lo que disparó la ritualización.

Antes de empezar el tratamiento el paciente designa a una persona (p. ej., uno de los padres, el cónyuge o un amigo cercano) que puede fungir como persona de apoyo durante el programa intensivo. Se indica al paciente que confíe en el apoyo de esta persona durante las exposiciones y a la persona de apoyo se le pide que ayude a verificar el cumplimiento de las instrucciones para la prevención de rituales. Si al paciente le resulta difícil resistir la necesidad de ritualizar, busque a la persona designada para recibir apoyo. Dada la participación en la terapia de la persona de apoyo, durante la fase de recolección de información el terapeuta dedica tiempo para describirle el tratamiento y explicarle su lógica.

El terapeuta se esfuerza para asegurar que la persona de apoyo y el paciente están de acuerdo en que la primera hará observaciones y críticas constructivas. Al hacer esas sugerencias la persona de apoyo debe ser sensible a las dificultades que hayan surgido en el pasado. Por ejemplo, el señor B, quien fungió como fuente principal de consuelo para su esposa, también la criticaba con acritud cuando la "atrapaba" realizando el ritual de lavado de manos. Para impedir que esas respuestas obstaculizaran el tratamiento y ayudar al esposo a supervisar la prevención de rituales de su mujer, el terapeuta negoció con la pareja respuestas apropiadas y no críticas.

La persona de apoyo se mantiene en contacto regular (por lo menos dos veces a la

semana) con el terapeuta y no sólo está informado de las tareas de exposición que el paciente debe cumplir, sino que también informa sobre sus observaciones de la conducta del paciente fuera de la sesión de terapia.

Además, con el consentimiento del paciente, la persona de apoyo debe buscar al terapeuta si ocurren faltas importantes al tratamiento (p. ej., que el paciente se niegue a hacer la tarea o se involucre en conductas ritualistas).

Segunda sesión de recolección de información

Al inicio de la segunda sesión para la obtención de información el terapeuta revisa el formato de autosupervisión del paciente, lo que incluye examinar las descripciones de las situaciones que dispararon la conducta ritualista y hacer comentarios constructivos cuando sea necesario. El terapeuta recuerda al paciente que debe usar frases u oraciones cortas para describir las situaciones desencadenantes, evalúa la precisión de las estimaciones de tiempo y enfatiza la necesidad de que las mediciones sean exactas.

Elaboración del plan de tratamiento

La mayor parte de la segunda sesión para la obtención de información se dedica a recabar información detallada sobre los síntomas del paciente y, con base en lo que se sabe sobre esos síntomas, al desarrollo de un tratamiento con el paciente. Es importante explicarle la manera en que los ejercicios de exposición que componen su tratamiento van a disminuir los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo. Por ejemplo, al paciente con obsesiones religiosas se le dice que la exposición imaginaria de arder en el infierno con insoportable detalle se diseñó para disminuir su angustia obsesiva cuando llegue a su mente una imagen menos elaborada de arder en el infierno. Es importante que los pacientes entiendan la lógica que subyace al concepto central de exposición y prevención de rituales, es decir que, si bien el hecho de confrontar durante el tratamiento los estímulos que provocan su obsesión aumenta su sufrimiento en el corto plazo, a la larga lo reducirán. A menudo se dice a los pacientes que es probable que las dificultades que experimentan en la primera semana de las sesiones de exposición disminuyan con la implementación adecuada de la exposición y prevención de rituales.

Descripción de las tareas

Al final de la segunda sesión de obtención de información, el terapeuta describe la asignación de tareas incluidas en el programa de tratamiento. La tarea, que suele llevarse entre dos y tres horas adicionales a la sesión de tratamiento de dos horas, incluye ejercicios adicionales de exposición que deben hacerse entre las sesiones de tratamiento en la casa del paciente o en otro lugar (p. ej., un centro comercial o la casa de un familiar). Se sugiere que el paciente supervise cada 10 minutos su nivel de ansiedad en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar durante las tareas de exposición. En los casos en que al paciente le resulta imposible mantener una exposición entre 45 y 60 minutos, el terapeuta trabaja con él para desarrollar un plan que permita que la exposición sea

prolongada. Por ejemplo, en lugar de pedirle que pase 45 minutos sentado en el baño de un restaurante local, podría sugerirle que contamine un pañuelo en el asiento del inodoro y que lleve este "paño de contaminación" en el bolsillo.

Periodo de tratamiento

En nuestro centro el programa de tratamiento por lo general consta de quince sesiones de dos horas que se realizan diariamente durante tres semanas. Observaciones clínicas sugieren que las sesiones masivas producen mejores resultados que las sesiones espaciadas; por lo que recomendamos un mínimo de tres sesiones por semana. Cada sesión empieza con la revisión de las tareas asignadas y la supervisión del ritual del día anterior durante un lapso de 10 a 15 minutos. Los siguientes 90 minutos se dividen en dos periodos de 45 minutos para la exposición imaginaria y la exposición *en vivo*. Los últimos 15 minutos se dedican a analizar la tarea asignada para el día siguiente. Este formato puede ajustarse cuando sea necesario. Por ejemplo, si una exposición *en vivo* requiere que el terapeuta y el paciente vayan a un centro comercial local a contaminar ropa de los niños, toda la sesión se dedica a esta actividad. A algunos pacientes les resulta difícil involucrarse emocionalmente en las exposiciones imaginarias (es decir, las imágenes no le provocan malestar). En esos casos el tratamiento debe enfocarse exclusivamente en los ejercicios *en vivo*.

Se recomienda que el terapeuta analice con el paciente el plan para esa sesión al inicio de la misma. A menos que ocurran circunstancias inusuales (p. ej., que el paciente se oponga a seguir con la exposición planeada), es importante que esas discusiones no se lleven más de 15 minutos. A los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo por lo general les da mucho miedo involucrarse en las tareas de exposición y las discusiones complicadas de la tarea a realizar pueden ser una forma de evitar la exposición. Esas discusiones previas a la exposición también son terreno fértil para buscar tranquilidad (es decir, el paciente pregunta al terapeuta si está seguro de que el ejercicio propuesto es seguro). El terapeuta debe dar una respuesta cuidadosa a cada pregunta, evitando cualquier extremo (es decir, no debe proporcionar consuelo compulsivo ni transmitir al paciente la idea de que la exposición propuesta es objetivamente peligrosa).

Los ejercicios de exposición imaginaria por lo general se realizan antes de los ejercicios *en vivo* en cada sesión, a menudo como preludio al ejercicio *en vivo* programado. Durante la exposición imaginaria el paciente se sienta en una silla cómoda y recibe las siguientes instrucciones:

> "Hoy va a imaginar (describe la escena). Voy a pedirle que cierre los ojos para que no se distraiga. Por favor, intente imaginar la escena de manera tan completa y vívida como le sea posible, como si la estuviera experimentando justo aquí y ahora y no como si estuviera contando la historia. Cada pocos minutos voy a pedirle que califique su nivel de ansiedad en una escala de 0 a 100. Por favor responda con rapidez y trate de no dejar la imagen".

Las sesiones de exposición imaginaria se graban en audio y se pide al paciente que, como parte de la tarea de ese día, escuche la cinta para repetir la exposición. Las situaciones incluidas en la exposición *en vivo* varían mucho de un paciente a otro (sobre todo con pacientes que presentan rituales de verificación evidentes). A continuación se muestran algunos ejemplos de las instrucciones que pueden darse a los pacientes durante los ejercicios de exposición *en vivo*.

Para los pacientes con rituales destacados de lavado:

> "Hoy va a tocar [especifica los objetos]. Esto significa que voy a pedirle que lo toque con toda la mano, no sólo con los dedos, y que luego toque su cara, su cabello y sus ropas, que se toque todo de modo que sienta que ninguna parte de usted ha evitado la contaminación. Después voy a pedirle que se siente y lo sostenga, y que toque repetidamente su cara, su cabello y su ropa por el resto de la sesión. Sé que es probable que esto lo haga sentir mal, pero recuerde que a la larga la ansiedad va a disminuir. También quiero que siga adelante y que se permita preocuparse por el daño que teme que va a ocurrir -por ejemplo, una enfermedad- toda vez que no se lavó o limpió después de la exposición. Lamento que este tratamiento tenga que ser difícil y le cause tanta incomodidad, pero estoy seguro de que puede hacerlo. Conforme pase el tiempo verá que le resulta más fácil. Muy bien, aquí está, siga adelante y tóquelo".

El terapeuta debe entregar el objeto al paciente para que lo sostenga, pedirle que lo toque y que luego se toque la cara, el pelo y la ropa con el objeto o con las manos "contaminadas". Cada 10 minutos debe preguntarle "En una escala de 0 a 100 ¿cuál es su nivel de ansiedad o malestar mientras se enfoca en lo que está tocando?" Una vez que el paciente entiende la pregunta esto puede abreviarse a "¿Cuál es su puntuación en la SUDS?".Para los pacientes con rituales marcados de verificación:

> "Ahora me gustaría que [p. ej., haga los cheques para pagar las cuentas mensuales sin mirarlos después de que haya terminado, métalos en un sobre y luego los pondremos de inmediato en el correo, sin verificarlos después de que lo haya hecho]. Luego seguiremos adelante y de la misma manera vamos a [p. ej., manejar por un camino lleno de baches sin mirar por el espejo retrovisor]. Mientras lo hacemos quiero que se preocupe por el daño que podría ocurrir por no verificar sus acciones, pero no deje que los pensamientos interfieran con las actividades que está realizando".

El primer día del tratamiento, y luego de manera periódica, es necesario recordar a los pacientes las instrucciones específicas para la prevención de la respuesta. Se ha encontrado que entregar a los pacientes una copia impresa de estas reglas puede ayudarlos a entenderlas y recordarlas. Si el resumen de las reglas que se entrega al paciente no cubre adecuadamente el tipo de ritual(es) que exhibe, el terapeuta debe proporcionar una lista escrita de instrucciones con base en esos formatos.

En las últimas sesiones del tratamiento deben presentarse al paciente las reglas del

lavado, la limpieza o verificación "normales". Los requisitos de prevención de rituales deben relajarse para permitir que el paciente regrese a lo que se considera una rutina normal.

Visita domiciliaria

Es importante garantizar que las ganancias que obtuvo el paciente en el programa de tratamiento se generalicen al ambiente del hogar. Por lo regular la función de las tareas es producir esta generalización, pero se ha encontrado que las visitas del terapeuta al domicilio del paciente pueden ser muy útiles, en especial en los casos en que el paciente no puede regresar diariamente a casa durante la fase intensiva del tratamiento (p. ej., pacientes que están fuera de la ciudad o que se encuentran hospitalizados). La visita domiciliaria también ofrece al terapeuta y el paciente la oportunidad de discutir las directrices para una conducta "normal". El terapeuta debe analizar con el paciente y su familia los planes para esas visitas antes de que termine el tratamiento. También es importante advertir que en algunos casos la mayor parte de las sesiones de tratamiento deben realizarse en casa del paciente, como cuando se trata a un acumulador. La definición de la frecuencia de las visitas domiciliarias durante el tratamiento central debe basarse en la posibilidad de "transportar" los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo del paciente a situaciones fuera del hogar o si son específicas al mismo.

En el caso de los pacientes con rituales evidentes de lavado que disponen de cuartos y áreas "seguras" en sus hogares, la contaminación de esas áreas es imperativa y bastante difícil; suele ser aconsejable que el terapeuta apoye en esas exposiciones en el domicilio cuando es dudoso que el paciente pueda contaminar por sí mismo esos "santuarios".

Por lo general, la visita domiciliaria consta de sesiones de cuatro horas realizadas durante dos días al final del programa de tratamiento. La mayor parte del tiempo de esas sesiones se usa para llevar a cabo exposiciones adicionales a los estímulos obsesivos en y alrededor de la casa o el lugar de trabajo del paciente. Por ejemplo, el terapeuta podría acompañar al paciente mientras contamina objetos alrededor de su casa o en la tienda de abarrotes cercana. También podría pedirle al paciente que encienda y apague la estufa y que salga de la casa con el terapeuta sin verificar. La mayoría de los pacientes, en particular los que pudieron regresar a casa durante el tratamiento, reportarán poco o ningún malestar cuando realizan esas exposiciones porque éstas representan la repetición de las tareas asignadas. Pero, en algunos casos, el terapeuta descubrirá áreas que el paciente no contaminó o algunas áreas de la casa que siguen generando angustia a pesar de las exposiciones previas. La visita domiciliaria debería enfocarse en la exposición a situaciones u objetos que siguen siendo problemáticos.

Periodo de mantenimiento

Además de recomendar la continuación de las tareas de autoexposición para ayudar al paciente a conservar los logros de la terapia, el terapeuta puede programar sesiones regulares de mantenimiento. Esas sesiones pueden usarse para planear otras exposiciones, perfeccionar las directrices para la conducta normal y abordar problemas

que surgen mientras el paciente se adapta a la vida sin el trastorno obsesivo-compulsivo.

Existe cierta evidencia de que los pacientes se benefician de continuar el contacto con el terapeuta después de las sesiones de terapia intensiva. En un estudio, 12 sesiones semanales de terapia de apoyo (sin ejercicios de exposición) al parecer disminuyeron la cantidad de recaídas en una muestra de individuos con trastorno obsesivo-compulsivo que fueron tratados durante tres semanas con exposición y prevención de rituales intensivas (Foa *et al.,* 1992). En otro estudio, exponer al paciente a ocho contactos telefónicos breves (de 10 minutos), en la semana posterior de un tratamiento intensivo de sesiones diarias de terapia cognitivo-conductual durante una semana, produjo un mejor resultado a largo plazo que hacer seguir el tratamiento intensivo con una semana de tratamiento con asociación libre (Hiss *et al.,* 1994).

Ambiente terapéutico

Es aconsejable que los pacientes permanezcan en sus ambientes normales durante el tratamiento intensivo, sobre todo en el caso de los pacientes cuyos temores son señalados principalmente por estímulos en el ambiente de su casa. El hospital puede ser un escenario artificialmente protegido, en especial para los pacientes con rituales notorios de verificación que quizá no se sientan responsables de su entorno y por lo tanto no experimenten la necesidad habitual de verificar. Si los pacientes viven demasiado lejos para viajar diariamente a las sesiones diarias, se recomienda que renten un apartamento o cuarto de hotel cerca de la clínica. Si esto no es posible debe considerarse la hospitalización, se aconseja para pacientes que parezcan estar en riesgo de suicidio o brote psicótico y para quienes necesitan supervisión estrecha, pero carecen de un sistema de apoyo que los auxilie durante el tratamiento.

Si el paciente tiene empleo y los síntomas del trastorno se relacionan con su trabajo, se le debe animar para que siga trabajando a fin de incluir en el tratamiento exposiciones relevantes. Sin embargo, dado que el tratamiento requiere entre cinco y seis horas diarias, el paciente puede optar por trabajar medio tiempo durante el tratamiento intensivo.

Cuando los síntomas del paciente no se relacionen con el trabajo puede optar por dejar de trabajar durante el tratamiento intensivo. Debido al tiempo que se lleva el tratamiento, a menudo se sugiere que los pacientes pidan una licencia. Si no es posible que el paciente obtenga un permiso de tres semanas en su trabajo, puede sugerírsele que trabaje medio tiempo o que solicite una licencia durante las dos primeras semanas del programa de tratamiento.

Variables del terapeuta

El tratamiento intensivo con exposición a situaciones temidas y prevención de la conducta ritualista provoca mucho estrés en los pacientes. Su disposición a soportar semejante "tortura" atestigua su fuerte motivación para liberarse de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo. El programa intensivo requiere que el terapeuta mantenga un delicado equilibrio entre presionar al paciente para que se involucre en el tratamiento y mostrar empatía por su angustia. Observaciones clínicas y hallazgos de un estudio de

Rabavilas y colaboradores (1979) sugieren que es más probable que un terapeuta respetuoso, compresivo, esperanzador, explícito y desafiante obtenga un resultado exitoso que uno permisivo y tolerante.

Una observación interesante es que a los pacientes de terapeutas que no tienen experiencia en los procedimientos de exposición y prevención de rituales pero que están **bien supervisados** parece irles bien con ese tratamiento (Franklin, Abramowitz, Furr, Kalsy y Riggs, 2003; Valderhaug *et al.,* 2007).

Durante el tratamiento, la conducta de los pacientes puede ir de la cooperación extrema y la disposición a participar en las exposiciones a la evidente manipulación y negativa a seguir las instrucciones del terapeuta. Un individuo puede fluctuar según la exposición que se lleve a cabo en una sesión particular. En gran medida, el "arte" de conducir la terapia conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo implica saber cuándo presionar, cuándo confrontar y cuándo ser más flexible. Esas decisiones requieren que el terapeuta observe con cuidado las reacciones del paciente y haga un juicio a partir de su experiencia. En la medida de lo posible, el terapeuta debe mostrar una actitud que contrarreste la dureza del tratamiento, a la vez que mantiene las reglas que se establecieron al inicio del programa. El terapeuta debe asegurarle al paciente que no empleará la fuerza para obligarlo a realizar la exposición y que en ningún caso se planearán las exposiciones sin su consentimiento. Si el paciente no puede confiar en que el terapeuta cumplirá esas normas esenciales, es probable que el tratamiento esté en riesgo. También se le debe garantizar que no se pedirá a sus familiares que lo sometan a exposiciones no planeadas (p. ej., sacar la basura) sin discutirlo.

Variables del paciente

Un factor que influye de manera importante en el potencial de un paciente para beneficiarse del tratamiento conductual intensivo es su nivel de motivación. Debido al gran malestar que provocan la exposición y prevención de rituales, es necesario que los pacientes estén altamente motivados para emprender el tratamiento. A menudo el nivel de motivación se relaciona con la gravedad de los síntomas. Cuando estos son intolerables es más probable que los pacientes soporten por un periodo breve incomodidad considerable para obtener alivio de sus síntomas a largo plazo. Tolin y colaboradores (2004) también analizaron la importancia de la disposición motivacional en la exposición y prevención de rituales y han hecho sugerencias de cuál es la mejor manera de preparar a los pacientes para un programa de tratamiento que a menudo es extenuante.

En ocasiones, los individuos son presionados por sus familias para entrar a terapia y aceptan participar en el tratamiento sólo para apaciguar al cónyuge o a los padres. Es poco probable que esos pacientes sigan estrictamente las instrucciones del terapeuta, por lo que es menos factible que logren un progreso duradero en la terapia. A la luz de esas observaciones, no se recomienda que los pacientes reciban exposición y prevención de rituales si no se comprometen a cumplir las instrucciones; en esos casos suelen recomendarse estrategias alternativas de tratamiento.

Es importante que el terapeuta explique con claridad al paciente que es poco probable que un mes de terapia, aunque intensiva, elimine todos los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo. Los pacientes deben esperar más bien que su ansiedad y el impulso de ritualizar disminuirán y se harán más manejables. La expectativa de quedar libre de los síntomas al final del tratamiento puede dar lugar a una desilusión y potenciar la recaída porque después del tratamiento intensivo se requiere un esfuerzo continuado para conservar los logros del tratamiento. Por consiguiente, en la entrevista inicial se le comunica a los pacientes que no hay una "cura" para el trastorno obsesivo-compulsivo, sino un tratamiento que probablemente los ayudará a disminuir de manera sustancial sus síntomas en el corto y largo plazo.

También es importante explicarles que el tratamiento con exposición y prevención de rituales no es una panacea para todos sus problemas psicológicos e interpersonales. Este tratamiento se dirige específicamente a reducir sus obsesiones y su necesidad de ritualizar, por lo que es probable que los problemas que existían antes del tratamiento (p. ej., dificultades matrimoniales o depresión) continúen, aunque pueden aliviarse en cierta medida después del tratamiento.

Como se mencionó antes, es posible que la exposición y prevención de rituales no sea de ayuda para los pacientes con depresión severa y, o una creencia muy firme en la realidad de su miedo obsesivo. Otro factor que se ha identificado como un obstáculo para el tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico del trastorno obsesivo-compulsivo es que al mismo tiempo esté presente un trastorno esquizotípico de personalidad (Jenike, Baer, Minichiello, Schwartz y Carey, 1986). Aunque se han planteado algunas dudas sobre el método empleado para diagnosticar la esquizotipia (véase Stanley, Turner y Borden, 1990), los terapeutas deben mantenerse alertas a la probabilidad de que los pacientes con el trastorno esquizotípico tengan una pobre respuesta al tratamiento para el trastorno obsesivo-compulsivo.

ESTUDIO DE CASO

En esta sección se estudia el proceso de obtención de información relevante para el tratamiento, la planeación del programa de tratamiento, y la realización de las sesiones de exposición.

Descripción del caso

"June", una mujer casada de 26 años que acababa de terminar su licenciatura en enfermería, buscó tratamiento para un problema grave de lavado y limpieza.

En la primera entrevista estaba sumamente agitada y comentó que había "llorado muchísimo" en las seis semanas previas. Llegó en compañía de su esposo, con quien se había casado seis meses antes, y de su cuñada, a quien consideraba una buena amiga. Un tratamiento anterior con desensibilización sistemática, antidepresivos, tranquilizantes y reestructuración cognitiva no había funcionado. Debido a sus síntomas, June no había podido buscar empleo como enfermera.

Esta información se obtuvo en la evaluación inicial para la participación de June en el tratamiento con exposición y prevención de rituales. Después de confirmar la ausencia de psicosis, abuso de drogas y alcohol, y de trastornos orgánicos, June fue asignada a un terapeuta.

Recolección de información

Síntomas actuales

En primer lugar, el terapeuta solicitó a June información sobre el contenido obsesivo, incluyendo señales externas e internas de miedo, creencias sobre las consecuencias e información sobre patrones de evitación pasiva y tipos de rituales. Como los rituales son el síntoma más concreto, a menudo es conveniente empezar la indagación pidiendo una descripción de esta conducta.

TERAPEUTA: El Dr. F me informó que está experimentando muchas dificultades con el lavado y la limpieza. ¿Puede contarme algo más sobre el problema?

JUNE: Al parecer, desde hace poco tiempo no puedo controlarlo. Me lavo demasiado. Mis duchas se llevan mucho tiempo y mi esposo está muy molesto conmigo. Él y mi cuñada intentan ayudar, pero no puedo detenerme. Estoy molesta todo el tiempo y últimamente he llorado muchísimo (*al borde de las lágrimas*). Nada parece ayudar.

TERAPEUTA: Ya veo. Justo ahora parece sentirse mal. Para poder entender la situación, por favor trate de describirme cómo ha sido su lavado en los últimos días. ¿Qué tanto lo ha estado haciendo?

JUNE: Muchísimo. Cuando me ducho me acabo el agua caliente, y al parecer tengo que lavarme las manos todo el tiempo. Nunca me siento lo bastante limpia.

TERAPEUTA: ¿Aproximadamente cuánto tiempo dura una ducha? ¿Cuántos minutos u horas diría?

JUNE: Supongo que unos 45 minutos. Intento terminar antes. En ocasiones le pido a Kenny que me detenga.

TERAPEUTA: ¿Y qué tan a menudo se ducha?

JUNE: Por lo regular sólo dos veces, una vez por la mañana y otra en la noche antes de ir a la cama, pero en ocasiones, si me siento molesta por algo, puedo tomar una ducha más.

TERAPEUTA: ¿Y qué hay acerca con el lavado de manos? ¿Cuánto tiempo se lleva en eso?

JUNE: ¿Se refiere a cuántas veces las lavo?

TERAPEUTA: ¿Cuánto tiempo se lleva cada vez que se lava las manos y cuántas veces lo hace en un día?

JUNE: Hmm, quizá 20 veces al día. Probablemente me lleve cinco minutos cada vez, en ocasiones tal vez más. Siempre tengo la sensación de que no estoy realmente limpia, como si hubiera tocado el costado del lavabo después de haberlas enjugado y luego pienso que se ensuciaron de nuevo.

El terapeuta tenía ya cierta información básica sobre los rituales más evidentes. Un cuestionamiento más a fondo aclaró si también estaban presentes otras compulsiones.

TERAPEUTA: ¿Hace usted otra cosa para sentirse limpia?

JUNE: Sí, limpio las cosas con alcohol. Por ejemplo, antes de sentarme limpio el asiento del carro con alcohol.

TERAPEUTA: ¿Se limpia usted con alcohol?

JUNE: No, sólo las cosas que creo que están sucias.

TERAPEUTA: ¿Puede decirme en qué medida lo hace?

JUNE: Uso aproximadamente una botella de alcohol a la semana.

En este punto el terapeuta tuvo que decidir si seguía indagando sobre los objetos que limpia June o preguntar por otros rituales posibles. El terapeuta decidió continuar la indagación sobre las acciones ritualistas y regresar al tema de los "contaminantes" en cuanto terminara la indagación.

TERAPEUTA: Muy bien, ¿Puede pensar en otras cosas que hace para limpiarse o para limpiar cosas a su alrededor que siente que están sucias?

JUNE: Justo ahora sólo puedo pensar en eso.

TERAPEUTA: ¿Qué hay acerca de otros tipos de lo que llamamos actividades "compulsivas"? ¿Tiene que verificar o repetir las cosas una y otra vez?

JUNE: No, excepto cuando me lavo. Si siento que no es suficiente me lavo otra vez.

TERAPEUTA: ¿No hay otras actividades repetitivas además del lavado?

Como esta paciente no parecía tener múltiples tipos de conductas ritualistas, el terapeuta

regresó al contenido obsesivo. Por lo general se pregunta primero por las señales externas.

TERAPEUTA: ¿Qué cosas la hacen sentir el deseo de lavarse? Por ejemplo, ¿por qué limpia con alcohol el asiento del carro?

JUNE: Pienso que tal vez yo o Kenny lo ensuciamos con excremento del perro.

TERAPEUTA: ¿En los zapatos?

JUNE: Sí, también me preocupa que el dobladillo de mi vestido toque el asiento. Me preocupa que mi zapato toque el dobladillo de mi falda o que mi vestido pueda rozar el escalón cuando subo por la escalera en un edificio.

TERAPEUTA: ¿Un vestido como éste? June llevaba un vestido que llegaba justo debajo de la rodilla. [La probabilidad de que pudiera tocar el cordón o la suela de su zapato era muy pequeña].

JUNE: Sí.

TERAPEUTA: ¿Alguna vez ha tenido en su falda suciedad del perro?

JUNE: No lo creo, pero en mi mente pienso que podría suceder. Supongo que sería difícil que eso pasara ¿no cree?

En el trastorno obsesivo-compulsivo es común pensar que eventos altamente improbables podrían haber ocurrido. Dichas distorsiones pueden ser resultado de una gran ansiedad. Las dudas sobre la "seguridad" a menudo dan lugar a rituales o a la solicitud de ser tranquilizado. Asegurar a June que es improbable que su vestido se hubiera ensuciado puede ser contraterapéutico porque perpetúa los temores neuróticos. En lugar de eso el terapeuta pregunta más sobre el contenido obsesivo.

TERAPEUTA: ¿Lo que más le preocupa es la "suciedad" del perro?

JUNE: Probablemente. Sí, eso creo, pero también me molestan los gérmenes del baño.

TERAPEUTA: ¿Qué tipo de gérmenes?

JUNE: De los inodoros. Usted sabe, cuando una va al baño.

TERAPEUTA: ¿De la orina y las heces?

JUNE: Si, la orina no me molesta tanto como lo otro.

TERAPEUTA: ¿Por qué?

JUNE: Porque en la escuela de enfermería aprendí que es casi estéril. El curso de microbiología me resultó difícil porque me molestaba tratar de aprender sobre las bacterias y los microorganismos. Lo hacen sonar como si en todos lados hubiera todo tipo de gérmenes que son muy peligrosos. No lo aprendí muy bien; trataba de no pensar en eso.

Las preocupaciones de June por la suciedad del perro y los gérmenes del baño sugerían que su estructura de miedo incluía la preocupación por enfermedades potenciales. El terapeuta la cuestionó para entender mejor la naturaleza de las consecuencias que temía de la contaminación.

TERAPEUTA: ¿Tiene miedo de las enfermedades que podrían provenir de las heces?

JUNE: Sí, eso creo. La cosa es que, sin embargo, sé que otra gente no se preocupa como yo. Para ellos sólo es cuestión de ir al baño y lavarse las manos y ni siquiera piensan en eso. Pero yo no puedo sacarme de la cabeza que quizá no me limpié lo suficiente.

TERAPEUTA: Si no se lavó lo suficiente ¿podría enfermar o causar que alguien más enfermara?

JUNE: Principalmente me preocupa la idea de que voy a enfermar, pero en ocasiones también me preocupo por Kenny.

TERAPEUTA: ¿Le preocupa algún tipo particular de enfermedad?

JUNE: No estoy segura. Algún tipo de enfermedad.

No es inusual que los pacientes teman el daño que puede resultar si no ritualizan pero que sean incapaces de identificar una consecuencia específica a la que temen. A los pacientes con rituales notorios de verificación a menudo les preocupa olvidar o tirar algo importante, pero no siempre saben con certeza qué será. Los repetidores temen que algo malo sucederá a sus seres queridos, pero es común que no puedan especificar qué desastre particular les ocurrirá. Sin embargo, muchos individuos con trastorno obsesivo-compulsivo temen consecuencias específicas (p. ej., ceguera o leucemia). En este punto, el terapeuta puede elegir completar la indagación sobre las señales externas de amenaza o averiguar sobre las consecuencias temidas y la creencia de que realmente es probable que ocurra dicho daño. En este caso se eligió el último curso de acción.

TERAPEUTA: Supongamos que tocó las heces de un perro o de una persona y que no se dio cuenta, por lo que no se lavó para eliminarlas. ¿Qué probabilidad existe de que usted o Kenny enfermen gravemente?

JUNE: Bien, siento que en realidad podría suceder.

TERAPEUTA: Entiendo que cuando eso sucede y se angustia parece que de verdad va a enfermar, pero si le pido que haga un juicio objetivo ¿qué tan probable es que se enferme por tocar heces y no lavarse? Por ejemplo, si las tocara en 10 ocasiones, ¿cuántas veces enfermaría?

JUNE: Bueno, sé que es muy improbable, pero a veces parece tan real.

TERAPEUTA: ¿Puede darle un número? ¿Cuál es el porcentaje de la posibilidad de que enferme si toca una pequeña cantidad de heces y no se lava?

JUNE: Yo diría que baja, menos de 25%.

TERAPEUTA: Eso significa que se enfermaría una de cada cuatro veces.

JUNE: No, eso no es correcto. Supongo que en realidad es menor a 1%.

A partir de este diálogo queda claro que June no cree firmemente que los desastres a los

que teme en realidad podrían ocurrir, aunque su estimación inicial de la probabilidad fue elevada. Una persona con poca introspección en relación con el sin sentido de sus síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo habría asignado probabilidades más altas (por lo general por arriba de 80%) e insistiría en la exactitud de su estimación, incluso ante un cuestionamiento persistente. Note también que este intercambio es un ejemplo de la reestructuración cognitiva informal que acompaña a la exposición y prevención de rituales. Es posible que el terapeuta deba repetir esta discusión durante las sesiones posteriores de exposición cuando June, sumamente ansiosa por tener que confrontar los contaminantes, reajuste en estas condiciones sus estimaciones de probabilidad. La fuerza de la creencia puede cambiar en un determinado paciente, pero es mayor cuando éste percibe amenaza.

TERAPEUTA: Muy bien. Ahora, aparte de la enfermedad ¿qué más podría suceder si toca las heces?

JUNE: Supongo que me preocupa lo que puedan pensar los demás si ven que llevo heces del perro en el zapato o en el vestido. Si alguien las ve o las huele puede pensar que es asqueroso y que yo soy una persona sucia. Creo que me da miedo que crean que no soy una buena persona.

Más tarde, el terapeuta interrogó a June más a fondo acerca de esta consecuencia temida y sobre la posibilidad de que otros hicieran una evaluación negativa de su carácter por llevar un vestido manchado con heces. Se recabó el material concerniente a las consecuencias temidas que después sería incluido en las escenas de exposición imaginaria. Para concluir la indagación sobre la naturaleza de las obsesiones, el terapeuta identificó con más detalle los estímulos externos a los que temía.

TERAPEUTA: Además de las heces caninas y humanas y de los baños, ¿qué otra cosa puede "contaminarla"? ¿Está bien si uso la palabra "contaminada" para describir cómo se siente si manipula esas cosas?

JUNE: Sí, aunque no lo vea me parece que puedo sentirlo en mi piel. Mmm, también me molesta ver "caca de pájaro" en mi carro.

TERAPEUTA: ¿Excremento de aves? ¿Las manchas blancuzcas?

JUNE: Sí, tengo que sujetar la falda muy cerca del cuerpo para no tocar con la ropa ninguna de esas manchas.

TERAPEUTA: Muy bien. excremento de pájaro, ¿qué otra cosa?

JUNE: Animales muertos, como los que uno ve en la carretera. Me parece que los gérmenes, o lo que sea, se transfieren del pavimento a las llantas y de ahí al carro. Incluso si no paso sobre el animal. Es como si se propagara por la calle cercana.

TERAPEUTA: ¿Qué hace cuando ve un animal muerto?

JUNE: Cambio de dirección. Una vez estacioné el carro y al salir vi un gato muerto justo atrás del vehículo. Tuve que lavar toda mi ropa y bañarme de inmediato. Ese día fue

todo un desastre.

TERAPEUTA: Parece que fue muy difícil para usted. ¿Además de los animales muertos, hay otra cosa que la contamine?

JUNE: No puedo pensar en ninguna. Hay muchos lugares que evito, pero es por las cosas de las que le he hablado.

El terapeuta interroga más a fondo a June acerca de otros objetos que pueden estar contaminados por su relación potencial con las que ya había mencionado.

TERAPEUTA: ¿Qué hay sobre la basura o los desperdicios?

JUNE: Sí, eso me molesta, y también evito las alcantarillas en la calle.

TERAPEUTA: ¿Qué le molesta de las alcantarillas?

JUNE: Supongo que los animales muertos. Y luego la lluvia propaga los gérmenes por la calle. También la basura podrida. Es realmente sucio.

En ocasiones las alcantarillas son repugnantes.

TERAPEUTA: Mmm. ¿Teme enfermar por los animales muertos y la basura?

JUNE: Sí, es parecido a los baños o a la suciedad del perro.

Se le pidió a June que ordenara sus principales contaminantes con el objeto de preparar un programa de exposición en que los objetos se presenten en una jerarquía relacionada con el grado de malestar que provocan. En este punto también proporcionó información sobre las conductas de evitación asociadas con sus contaminantes.

TERAPEUTA: Ahora vamos a hacer una lista de las cosas que más la molestan. Voy a preguntarle qué tan angustiada se sentiría en una escala de 0 a 100 puntos si tocara el objeto mencionado. Cero indica que no siente ningún malestar y 100 significa que se siente sumamente molesta, lo más molesta que se ha sentido nunca.

JUNE: Muy bien.

TERAPEUTA: ¿Que pasaría si toca la suciedad del perro?

JUNE: ¿Y podría lavarme tanto como quisiera?

TERAPEUTA: No, digamos que no podría hacerlo por un rato.

JUNE: 100

TERAPEUTA: Excremento de pájaro en su carro.

JUNE: Eso depende de si es húmeda o seca.

TERAPEUTA: Dígame para ambas.

JUNE: Si es húmeda 100 y si es seca 95.

TERAPEUTA: Alcantarilla de la calle.

JUNE: 95.

TERAPEUTA: Basura en el fregadero de su casa.

JUNE: No es tan malo, apenas 50. Pero el bote de basura que está afuera sería 90.

TERAPEUTA: ¿A qué se debe la diferencia?

JUNE: Porque el interior del bote de basura está muy sucio por la gran cantidad de basura vieja.

TERAPEUTA: Ya veo. ¿Qué hay respecto al asiento de un inodoro público?

JUNE: Eso es malo, 95.

TERAPEUTA: ¿Las llantas del carro?

JUNE: Usualmente 90. Pero sería 99 si acabo de pasar cerca de un animal muerto.

TERAPEUTA: ¿Qué hay respecto a la perilla de la puerta en un baño público?

JUNE: La perilla exterior es baja, como 40, pero la perilla interior es 80 porque mucha gente la toca justo después de usar el baño, y he visto que hay personas que no se lavan las manos.

TERAPEUTA: Entiendo. ¿Qué hay sobre el césped en un parque donde hay perros alrededor?

JUNE: Si tengo que caminar por el césped sería alrededor de 80 u 85, pero no suelo hacerlo. También tengo problemas con las aceras. Usted sabe, las manchas marrón en el concreto. Supongo que la mayor parte es polvo u otra suciedad, pero pienso que podría ser suciedad de perro.

TERAPEUTA: ¿Qué tanto le molesta eso?

JUNE: ¿Pararme sobre una mancha marrón? Alrededor de 90. Siempre las rodeo.

El terapeuta debe continuar de esta manera hasta completar una lista de entre 10 y 20 elementos. En el caso de los pacientes con múltiples temores obsesivos o rituales es posible que se requieran más elementos. En la preparación del tratamiento de exposición se ordenan los elementos de los que menos a los que más temor causan. Los elementos equivalentes en lo que concierne al nivel de perturbación que provocan se agrupan juntos. Además, es importante indagar la razón de la diferencia entre un estímulo y otro porque eso ofrece mayor información sobre la "lógica particular del trastorno obsesivo-compulsivo" del paciente. Esta información es sumamente relevante para la elaboración de la jerarquía de exposición y para las discusiones cognitivas informales sobre evaluación de riesgo, responsabilidad, entre otros.

De la entrevista anterior sobre señales externas de amenaza surgió mucha información sobre los rituales y los patrones de evitación. Para obtener más detalles se pide al paciente que haga una descripción detallada de las actividades de un día típico desde el momento en que despierta hasta que se va a dormir. Por lo regular, los pacientes no son muy precisos cuando describen sus conductas compulsivas durante la entrevista porque, como nos dijo un paciente, no habían "pensado antes de esa forma en su trastorno obsesivo-compulsivo". Por consiguiente, las tareas de autosupervisión los ayudan a estar más al tanto de los patrones del trastorno obsesivo-compulsivo y a dar al terapeuta datos más precisos sobre los rituales y las conductas de evitación.

En particular preocupaban las rutinas de June en el baño, las duchas, el uso del inodoro, el manejo de la ropa y las toallas sucias, así como las acciones de vestirse y ponerse los zapatos. Es posible obtener información adicional acerca de los patrones de evitación preguntando acerca de otras rutinas de actividades como hacer las compras, comer fuera, limpiar la casa, preparar las comidas, trabajar, entre otras.

El siguiente diálogo ejemplifica el grado de detalle deseado.

TERAPEUTA: June, para que podamos hacer una planeación cuidadosa de su tratamiento necesito saber qué cosas evita en su rutina diaria. Para empezar, ¿por qué no describe qué es lo primero que hace cuando se levanta?

JUNE: Primero voy al baño.

TERAPEUTA: ¿Con el camisón puesto o sin él?

JUNE: Me quito el camisón porque no quiero que toque el inodoro. De esta forma estará limpio por la noche después de que me duche.

TERAPEUTA: Siga.

JUNE: Voy al baño. Supongo que uso mucho papel higiénico porque no quiero tener nada de eso en mi mano. Después de evacuar tengo que tomar una ducha.

TERAPEUTA: ¿Cómo se prepara para la ducha?

JUNE: Tengo que colocar una toalla limpia en la barra cercana a la ducha. No me gusta que toque nada antes de usarla. Oh, y pongo mis pantuflas de frente a la puerta, cerca de la ducha, así me las puedo poner sin tener que tocar el piso del baño cuando salgo de la ducha. Luego entro a la ducha.

TERAPEUTA: Dice que sus duchas duran 45 minutos, ¿Por qué tarda tanto?

JUNE: Tengo que lavarme en un orden especial y contar cuántas veces lavo cada parte. Me gusta lavarme los brazos cuatro veces. Por eso es que tardo tanto.

TERAPEUTA: ¿Cuál es el orden que usa?

JUNE: Primero me lavo las manos, luego la cara y el cabello, y luego voy de arriba hacia abajo.

TERAPEUTA: ¿Qué hay acerca del área genital y anal? [Esta área debe ser la que más perturba a la paciente por sus temores a la contaminación de los "gérmenes" fecales].

JUNE: Oh sí, esas son las últimas, después de mis pies.

Esa descripción tan detallada ayuda al terapeuta a anticipar posibles conductas de evitación por parte de la paciente durante el tratamiento y a planear instrucciones específicas para la exposición. Al final del tratamiento, durante la supervisión de la conducta normal de lavado se abordará la tendencia de June a contar y a ordenar su lavado. Durante la sesión inicial de obtención de información, se pidió a la paciente que supervisara la frecuencia y duración de sus compulsiones.

TERAPEUTA: Entre esta sesión y la siguiente quiero que registre todos los episodios de

lavado y aseo que realice, incluyendo la acción de limpiar las cosas con alcohol. Puede usar este formato (**Le entrega el formato de autosupervisión de rituales**). Por favor, anote cada vez que lava, cuánto tiempo lavó, qué la hizo lavar y qué tan ansiosa estaba antes del lavado. Este tipo de registro nos ayudará a identificar cualquier fuente de contaminación que haya olvidado mencionar, y también podemos usarlo para medir su progreso en el tratamiento.

JUNE: ¿Quiere que anote en cada espacio cada media hora?

TERAPEUTA: No, sólo cuando lave o use alcohol.

JUNE: Muy bien.

Historia de los síntomas e historia del tratamiento

Después de evaluar los síntomas actuales del paciente, el terapeuta busca información sobre el inicio del problema, con referencia particular a la presencia de estresores en ese momento y de si esos estresores siguen presentes.

TERAPEUTA: ¿Desde hace cuánto tiempo se ha estado lavando de esta forma?

JUNE: Empecé hace unos dos años en mi primer año en la escuela de enfermería. En ese momento no era tan malo. Comenzó con la ciudad, tenía que ir a la ciudad a mis clases y la ciudad me parecía realmente sucia.

TERAPEUTA: ¿La enfermería tuvo algo que ver con eso?

JUNE: Quizá. Estaba bajo mucha tensión. Tuve que dejar de trabajar como secretaria y fue muy difícil vivir sin un ingreso y con muchas cuentas escolares por pagar. Mis padres no ayudaron mucho. Y luego empezamos a aprender sobre las técnicas de esterilización y ya le conté sobre el curso de microbiología.

TERAPEUTA: ¿Empeoró gradualmente?

JUNE: En su mayor parte, pero me di cuenta de que había empeorado mucho después de una rotación por cirugía, donde me preocupaba muchísimo que los gérmenes contaminaran el instrumental. Ahí fue cuando empecé a lavarme más de lo habitual.

TERAPEUTA: ¿Buscó ayuda en ese momento?

JUNE: Ya estaba viendo al Dr. W en la universidad y él trató de ayudarme.

TERAPEUTA: ¿Ya estaba en tratamiento con él? ¿Por qué razón?

JUNE: Él me estaba ayudando con un problema alimentario. Tuve anorexia. Llevaba alrededor de un año en terapia con él cuando empezó el lavado.

TERAPEUTA: ¿Anorexia? ¿Y la ayudó el tratamiento?

JUNE: Sí. Había bajado a 38.5 kilogramos y ahora peso alrededor de 47.6 kilos. Básicamente me pidió que aumentara mi peso cada semana y practicó una "terapia cognitiva". Creo que así se llamaba.

TERAPEUTA. Ya veo. ¿Y qué pasó con el problema de lavado?

JUNE: Intentó usar el mismo tipo de terapia, pero no funcionó para eso. Por eso estoy aquí. Mi cuñada escuchó sobre esto y el Dr. W. dijo que debería venir.

TERAPEUTA: ¿Qué hay sobre los fármacos? ¿Ha recibido alguna vez medicamentos

para este problema?

JUNE: Sí, tomé Anafranil [clomipramina] por un tiempo y me ayudó un poco, pero me provocaba mareos y somnolencia, por lo que decidí dejar de tomarlo. También escuché que uno no puede tomar el medicamento cuando está embarazada y Kenny y yo queremos tener un bebé pronto. Antes de eso tomé Xanax [alprazolam], me tranquilizó pero no detuvo el lavado.

TERAPEUTA: ¿Ha intentado algún otro tratamiento?

JUNE: Sólo para la anorexia. Acudí a otro centro de consejería en la universidad durante cerca de un año, pero en realidad no sirvió de nada.

El único elemento inusual en la historia de June era el inicio relativamente reciente de sus síntomas. Por lo general, los síntomas de los pacientes que acuden a nuestra clínica presentan una duración mucho mayor, con un promedio aproximado de ocho años. Otros centros en Inglaterra y Holanda reportan cifras similares. La historia de tratamiento de June consistente en probar diversos tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos antes de buscar la exposición y prevención de rituales era bastante típica. Dado que no se ha encontrado que el fracaso previo con tratamientos no conductuales influya en el resultado de la exposición y prevención de rituales, una historia así no debería desalentar al clínico. Sin embargo, debido a una posible actitud escéptica sobre el valor del tratamiento, el terapeuta debe dar al paciente una explicación clara del tratamiento por exposición y prevención de rituales en las líneas revisadas antes y demostradas más adelante.

TERAPEUTA: Antes de seguir recabando información sobre su problema, permítame que le hable sobre nuestro tratamiento.

JUNE: Bien, El Dr. me dijo algo al respecto, pero todavía no estoy segura de cómo será este tratamiento.

TERAPEUTA: El tratamiento se llama exposición y prevención de rituales. Voy a pedirle que enfrente situaciones y cosas que la asustan y que la hacen sentirse contaminada. Lo haremos de manera gradual, avanzando hacia las cosas más difíciles. Por ejemplo, podemos empezar con la manija exterior de la puerta del baño y avanzar al asiento del inodoro y el excremento de los pájaros. Lo haremos juntos y yo estaré presente para ayudarle. Las sesiones tendrán una duración de una hora y media a dos horas, y vamos a reunirnos cada día de la semana. Además, voy a asignarle tareas en las que hará cosas similares entre las sesiones de terapia.

JUNE: ¿Quiere decir que tengo que tocar esas cosas, incluso la suciedad del perro?

TERAPEUTA: Sí, para liberarse de esos tipos de temores la gente debe aprender a confrontar las cosas a las que teme y permanecer ahí hasta que disminuya la incomodidad.

JUNE: Aunque lo hiciera, probablemente me llevaría un año acostumbrarme.

TERAPEUTA: Recuerde, no siempre sintió esto acerca de la suciedad del perro. Cuando

era más joven ¿alguna vez pisó el excremento de un perro y sólo la limpió en el pasto para seguir jugando?

JUNE: Sí, lo había olvidado. Parece que fue hace mucho tiempo. No lo pensaba dos veces.

TERAPEUTA: Para regresar a lo que solía sentir es necesario exponerla directamente a las cosas que le causan miedo. Ahora, hay una segunda parte del tratamiento. También le voy a pedir que no se lave durante tres días seguidos. No podrá lavarse las manos ni ducharse durante tres días. Luego podrá tomar una ducha, pero tendrá que limitarla a 10 minutos. Después de la ducha, deberá contaminarse de nuevo y esperar otros tres días para su próxima ducha.

JUNE: ¡No puedo creerlo! Jamás podré hacerlo, si pudiera no estaría aquí. ¿Cómo podría dejar de lavarme? Cada día decido detenerme, pero siempre me doy por vencida. ¿Quiere decir que no podré lavarme después de usar el baño o antes de comer? Otras personas se lavan después de usar el inodoro. ¿Por qué no puedo simplemente lavarme menos como hace la gente normal?

TERAPEUTA: Otras personas no tienen trastorno obsesivo-compulsivo. Recuerde, en su caso lavarse la hace sentir menos "contaminada" y menos ansiosa. ¿Es correcto?

JUNE: Sí.

TERAPEUTA: Si desea lavarse, incluso brevemente, cada vez que se siente "contaminada", jamás tendrá la oportunidad de darse cuenta de que la sensación de contaminación va a desaparecer sin lavarse. Si de verdad se siente muy ansiosa, puede pasar un rato, incluso varias horas, antes de que se sienta mejor, pero a la larga eso va a suceder. Por otro lado, si se lava cada pocas horas, incluso brevemente, eso reforzará su idea de que debe lavarse para sentirse mejor.

JUNE: Pero, ¿por qué tres días? ¿No podría ducharme una vez al día como el resto de la gente?

TERAPEUTA: Por la misma razón. Todavía sentiría alivio, incluso si esperó 24 horas entre lavados, y eso fortalecería su creencia de que necesita lavarse para "descontaminarse". Debe aprender a usar agua y jabón para sentirse limpia y fresca, pero no para "descontaminarse".

JUNE: Creo que entiendo. Sé que ahora me baño para sacar de mi cabeza las cosas a las que temo. Solía bañarme sólo para eliminar el sudor y la suciedad, y para sentirme bien. Todavía no estoy segura de poder soportar no lavarme por tanto tiempo.

TERAPEUTA: El tratamiento es muy exigente. Antes de empezar el programa es necesario que haga un compromiso consigo misma de que no va a lavarse aunque se sienta muy incómoda e incluso muy molesta en ocasiones. Trataré de ayudarla tanto como pueda planeando el tratamiento de modo que sepa qué puede esperar cada día y apoyándola siempre que lo necesite. Debemos contar con alguien que pueda estar disponible para ayudarla a supervisar y para apoyarla siempre que lo necesite. Entre sesiones puede llamarme aquí o a casa si se presenta un problema. Sé que el tratamiento no va a ser fácil para usted, pero estoy seguro de que puede hacerlo si se

decide.

En este punto no debe pedirse un compromiso firme. Más bien el paciente debe ser consciente de lo que se le pedirá de modo que pueda ajustarse a esas expectativas y planear de acuerdo con ello sus actividades durante el periodo de tratamiento. El paciente deberá hacer los arreglos necesarios para asistir diariamente a las sesiones de tratamiento durante un periodo de tres a cuatro semanas. Como analizamos antes, dos o tres sesiones a la semana pueden ser suficiente para pacientes con síntomas menos severos. Es importante que el terapeuta no minimice la dificultad del programa, de modo que el paciente esté preparado para luchar e iniciar al tratamiento con la disposición a movilizar sus recursos internos y el apoyo emocional de familiares y amigos.

La historia del paciente por lo general se obtiene en la primera sesión. Como la obtención de historias de individuos con trastorno obsesivo-compulsivo no es diferente de la recolección de historias de otros pacientes psiquiátricos, no se presentan aquí los detalles.

Planeación del tratamiento

El terapeuta empezó la segunda sesión revisando brevemente el formato de autosupervisión de rituales de la paciente. El resto de la sesión se dedicó a desarrollar un plan de tratamiento.

TERAPEUTA: Muy bien, ahora quiero que hablemos de nuestro plan para cada día durante la primera semana de la terapia. Necesitamos exponerla de manera imaginaria y real a las cosas que la molestan, de lo que hablamos en las primeras sesiones. Como ya le comenté, también vamos a limitar su lavado. Las escenas que va a imaginar se enfocan en el daño que usted teme que va a ocurrir si no se lava. Las exposiciones reales van a enfocarse en confrontar las cosas que la contaminan. La restricción de su lavado le enseñará que puede vivir sin los rituales. En la exposición imaginaria va a verse tocando algo a lo que teme, como los asientos de los inodoros, no se lavará y luego enfermará. Podemos hacer que imagine que va al médico quién no puede averiguar qué es lo que está mal y no puede arreglarlo. Ese es el tipo de temores que tiene ¿verdad?

JUNE: Sí, eso y que Kenny se enferme y que sea mi culpa.

TERAPEUTA: Muy bien, entonces en algunas escenas usted será la enferma y en otras lo será Kenny. ¿Debo agregar que otras personas la culpan por ser descuidada? ¿Eso es a lo que teme?

JUNE: Sí, en especial a mi madre.

TERAPEUTA: Muy bien. Haremos que la critique por no tener el cuidado suficiente. ¿Puede pensar en algo más que debamos agregar a la imagen?

JUNE: No, eso es todo.

TERAPEUTA: Podemos componer las escenas en detalle después de planear las

exposiciones reales. Vamos a revisar la lista de cosas que evita o que teme tocar y a asegurarnos de que aparecen en la lista en el orden correcto. Luego decidiremos en que vamos a trabajar cada día. ¿Le parece bien?

JUNE: Está bien.

June revisó la lista, que incluía elementos como botes de basura, piso de la cocina, piso del baño, alfombra de un auditorio público, mugre de una planta, charcos, llantas de carro, excremento seco de perro y de pájaro. Se hicieron los cambios necesarios.

TERAPEUTA: Bueno. Ahora vamos a planear el tratamiento. El primer día debemos empezar con cosas a las que les dio una puntuación inferior a 60. Eso incluye tocar esta alfombra, perillas de puertas que no estén dentro del baño, libros de mis estantes, interruptores de luz y pasamanos de las escaleras. El segundo día vamos a trabajar con los elementos en el nivel de 60 a 70 puntos, como los grifos, los pisos de cemento, ropa sucia y las cosas en el escritorio de Kenny. [El terapeuta continuó detallando las sesiones tres a cinco, aumentando cada día el nivel de dificultad]. En la segunda semana vamos a repetir las peores situaciones, como las alcantarillas, llantas, inodoros públicos, caca de pájaro y excremento de perro, y también caminaremos cerca de un animal muerto y tocaremos la calle cercana a él.

En raras ocasiones existe cierta probabilidad de que la confrontación directa con un objeto temido (p. ej., pesticidas y otras sustancias químicas) en realidad cause daño. En tales casos, el clínico debe ejercer su juicio para encontrar un terreno intermedio entre la evitación total y el riesgo para el paciente. Por ejemplo, con las sustancias químicas se expone a los pacientes a pequeñas cantidades que objetivamente no son dañinas. En el caso de June el terapeuta decidió que no se requería el contacto con un animal muerto y que era suficiente con pisar el pelaje del animal y luego tocar la suela del zapato. En general, el terapeuta debe sopesar el nivel de angustia obsesiva que será provocada por una exposición determinada con el riesgo objetivo que conlleva la realización de esa exposición. A los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo les resulta difícil hacer una evaluación realista de esos riesgos; por lo que es responsabilidad del terapeuta evaluar si la exposición se amerita. Por ejemplo, los pacientes que temen contraer SIDA seguramente sentirían una gran angustia si se les pide manipular la aguja sucia de una hipodérmica encontrada en una alcantarilla, pero como la exposición a semejantes estímulos es objetivamente riesgosa, no deberían incluirse en la jerarquía de tratamiento.

TERAPEUTA: ¿Qué le parece este plan?

JUNE: La primera semana está bien, pero estoy muy asustada por la segunda semana. No estoy segura de estar lista en ese momento para hacer lo de los baños y el excremento de los perros.

TERAPEUTA: Muchas personas se sienten así al principio, pero para el final de la primera semana no estará tan asustada como ahora por la idea de tocar las llantas o inodoros públicos. Recuerde que estaré ahí para ayudarla porque probablemente será difícil al principio.

JUNE: Sí, lo sé. Siento que en cualquier modo no tengo otra opción. Este lavado es una locura y estoy enojada conmigo misma. Supongo que estoy tan lista como siempre lo estaré.

TERAPEUTA: Bien. Ahora recuerde, voy a pedirle que después de cada sesión siga trabajando en casa con esas cosas de dos a tres horas, pero para entonces ya las habrá hecho conmigo y no creo que sean tan difíciles. Vi a Kenny en la sala de espera, de modo que supongo que ya le comentó que necesitamos su ayuda con la supervisión.

JUNE: Sí, dijo que estaba bien. Él quiere saber lo que debe hacer.

TERAPEUTA: Vamos a llamarlo. ¿Le preguntó a su cuñada si puede estar disponible cuando Kenny esté en el trabajo durante el día?

JUNE: Sí, ella es muy buena con esto, pero no pudo venir hoy por los niños.

TERAPEUTA: Si le resulta difícil venir puedo llamarla por teléfono. ¿Por qué no va ahora por Kenny?

Tratamiento

Se vio a June durante 15 sesiones de tratamiento realizadas todos los días durante tres semanas. En la cuarta semana el terapeuta la visitó dos veces en su casa durante cuatro horas en cada ocasión. En esas visitas, bajo la supervisión del terapeuta June contaminó toda la casa y se expuso a objetos que le causaban malestar tanto en la casa como en el vecindario. Acto seguido se establecieron sesiones semanales de seguimiento para garantizar la conservación de los logros y abordar cualquier otro tema que le preocupara.

Como se discutió antes, el tratamiento empieza con la exposición a elementos de la jerarquía de dificultad moderada y avanza a los más perturbadores para el inicio de la segunda semana. Los elementos que causan más angustia se repiten el resto de la segunda y la tercera semanas. La siguiente secuencia, que ocurrió el sexto día del tratamiento, ejemplifica ese proceso.

TERAPEUTA: ¿Cómo estuvo el fin de semana?

JUNE: No tan bien. Supongo que tanto como podía esperar. Tomé mi ducha el domingo por la noche y me sentía muy nerviosa por terminarla a tiempo. Ni siquiera sé si me lavé bien.

TERAPEUTA: La mayoría de la gente se siente igual. Pero recuerde que no se supone que se lave " bien," sino sólo que se lave. ¿Kenny tomó el tiempo?

JUNE: Sí, como usted indicó, fue diciendo en voz alta los minutos, "cinco, siete, nueve" y luego "alto".

TERAPEUTA: ¿Se detuvo cuando se lo dijo?

JUNE: Sí, pero no fue sencillo.

TERAPEUTA: Lo sé. Me alegra mucho que tuviese el cuidado de seguir las reglas.

JUNE: Tengo muy claro que ésta es mi oportunidad de mejorar, por eso estoy haciendo

mi mejor esfuerzo.

TERAPEUTA: Bien. Me alegra sentirla tan positiva. ¿Cómo le fue con la tarea?

JUNE: Toqué el piso y las suelas de mis zapatos y el cemento. Todo está escrito en la bitácora. El sábado fui casa de mi hermana, de modo que pude jugar con los niños como dijimos. Se pararon sobre mí cuando me recosté en el piso y traté de tocar sus traseros cuando los sostenía. El domingo Kenny y yo fuimos al parque, no me senté en el pasto pero caminé alrededor y luego toqué mis zapatos.

TERAPEUTA: ¿Las suelas?

JUNE: Sí. También fuimos al centro y tiré algunas cosas en los botes de basura y las empujé hacia el fondo, y traté de tocar los costados. Fue muy difícil porque sentí que llamaba la atención, pero en cualquier forma lo hice.

TERAPEUTA: Eso suena muy bien. Me alegra escucharlo. ¿Qué pasó con el tapete y con ir al jardín?

JUNE: Hice lo del tapete y me paré en el jardín, pero no toqué la suciedad. El perro del vecino siempre corretea alrededor. Sé que debí tocarla pero no pude reunir el valor.

TERAPEUTA: Bueno, pero hizo muchas otras cosas. Vamos a planear salir hoy al exterior y lo haremos juntos, así será más fácil para usted caminar en el jardín cuando vaya a casa.

JUNE: De acuerdo.

June se adaptó muy bien al programa de tratamiento. En ocasiones algunos pacientes fallan en la prevención de rituales, sobre todo en la primera semana del programa de tratamiento. El terapeuta debe reforzar al paciente por el cumplimiento parcial pero al mismo tiempo enfatizar la necesidad de cumplir por completo las instrucciones del tratamiento. En relación con la tarea de exposición, no es inusual que los pacientes omitan completar algunas tareas. Una vez más, deben ser reforzados por lo que lograron y animados a completar todas las tareas.

TERAPEUTA: ¿Cómo van usted y Kenny?

JUNE: Se enojó la noche del domingo después de la ducha porque empecé a preguntarle cómo se bañaba y si estaba lo bastante limpio. Creo que lo fastidié demasiado y perdió los estribos. Miramos televisión y después de un rato hablamos un poco y él trató de disculparse por enojarse. Pero lo entiendo, le hice demasiadas preguntas. Por lo demás, el resto del fin de semana estuvo bien.

TERAPEUTA: Bien, es desafortunado que Kenny se enojara, pero está bien que no respondiera sus preguntas. No se supone que él deba tranquilizarla en relación con la limpieza.

JUNE: Me parece que pasó un mal rato decidiendo cuándo responderme y cuándo no hacerlo. En cualquier caso no estoy muy segura. ¿Podría hablar con él antes del miércoles que es cuando voy a ducharme otra vez?

TERAPEUTA: Es una buena idea. Voy a llamarlo después de que terminemos la sesión de hoy. Ahora, vamos a empezar con la escena en la que va manejando su carro para llegar a una cita conmigo, se le poncha una llanta y tiene que cambiarla. Los carros salpican agua de un charco cercano y ésta cae sobre el carro y sobre usted. Luego, cuando camina detrás del carro ve un animal muerto que está justo detrás de usted. Se siente verdaderamente contaminada. Camina a la gasolinera cercana para ver si pueden cambiar la llanta y siente tantas ganas de orinar que tiene que usar el baño. Ellos aceptan arreglar la llanta si usted la quita y se las trae porque están muy ocupados. Por supuesto, eso significa que tendrá que manipular la llanta que está contaminada por el animal muerto. Agregaremos algo de excremento de pájaro en la calle y también en la acera. Más tarde empieza a sentirse enferma y le parece que fue por el animal muerto. ¿Suena lo bastante horroroso?

JUNE: Sí. guácala. Esa es realmente mala. ¿Tengo que hacerlo? Olvídelo, ya conozco la respuesta.

TERAPEUTA: Muy bien. Quiero que ahora cierre los ojos e imagine que va manejando su carro por la Avenida Oeste.

Note que el terapeuta revisó la tarea del día anterior para verificar que la hubiera completado sin involucrarse en rituales y evitación.

Esto le dio la oportunidad de reforzar los esfuerzos en la autoexposición. Es importante controlar el termino de la tarea porque los pacientes no siempre informan sobre las omisiones. Sin embargo, admitirán el incumplimiento si se les pregunta directamente y es probable que hagan la siguiente tarea si se les refuerza adecuadamente.

En lo que concierne al conflicto entre June y Kenny, se sabe que, igual que Kenny, la mayoría de los miembros de la familia están muy dispuestos a ayudar. Sin embargo, surgen dificultades cuando no pueden hacerlo sin molestarse, lo que aumenta la tensión del paciente. La tensión de la familia puede disminuir si se les da la oportunidad de ventilar su frustración llamando al terapeuta, quien también puede aconsejarles reacciones alternativas.

Esa misma sesión también incluyó la exposición imaginaria a un escenario planeado antes. Como ese escenario ya había sido discutido en detalle con la paciente, no supuso sorpresa para ella. Se presentó durante más de una hora o hasta que se hace evidente una disminución considerable en la ansiedad. A continuación, la paciente es confrontada *en vivo* con situaciones similares a las que fueron incluidas en la escena fantaseada.

TERAPEUTA: Llegó el momento de hacer las cosas de verdad. Ayer busqué un animal muerto al lado de la carretera y encontré uno aproximadamente a una milla de distancia. Creo que deberíamos ir ahí.

JUNE: ¡Qué asco, es terrible! Tuvo que encontrarlo sólo para mí.

TERAPEUTA: Hoy es nuestro día de suerte. Usted sabía que en cualquier forma tendríamos que encontrar uno. Al menos está cerca.

JUNE: Genial.

El humor es fomentado y puede ser muy útil si el paciente es capaz de responder a él. Al mismo tiempo, es importante que el terapeuta se ría **con** el paciente y no **del** paciente. Pacientes y terapeutas a menudo desarrollan un léxico taquigráfico para discutir el trastorno obsesivo-compulsivo y su tratamiento que les es específico con el objeto de promover su cumplimiento. Por ejemplo, una pareja de paciente y terapeuta empezó a referirse a la tarea de exposición como "tragarse la rana" a partir de un proverbio presentado por la paciente. Cuando el terapeuta le preguntaba si esa mañana se había "tragado la rana" transmitía la dificultad de las tareas de exposición que la paciente tenía que hacer entre sesiones. Es importante que el terapeuta observe el estilo interpersonal del paciente para determinar si es probable que algunos métodos faciliten las metas terapéuticas.

TERAPEUTA: *(fuera del consultorio)* Aquí está, detrás del carro. Vamos para que toque el encintado y la calle contigua. No creo que tenga que tocarlo directamente porque ya apesta un poco, pero quiero que se pare a su lado, y que luego toque la suela de su zapato.

JUNE: ¡Qué asco! De verdad está muerto. ¡Es repugnante!

TERAPEUTA: Sí, es un poco asqueroso, pero si lo piensa con claridad, se trata sólo de un gato muerto. ¿Qué daño puede hacerle?

JUNE: No lo sé. ¿Qué tal si mi mano se llena de gérmenes?

TERAPEUTA: ¿Qué tipo de gérmenes?

JUNE: Gérmenes de gato muerto.

TERAPEUTA: ¿Qué tipo de gérmenes son esos?

JUNE: No lo sé. Sólo gérmenes.

TERAPEUTA: ¿Como los gérmenes del baño que ya manejamos?

JUNE: Algo así. La gente no anda por ahí tocando gatos muertos.

TERAPEUTA: Tampoco sale corriendo a casa a bañarse o limpiar con alcohol el interior de su carro. Es hora de que examinemos esto. Ahora, acérquese y yo lo haré primero. (*June lo sigue*). Muy bien, toque el encintado y la calle. Aquí hay una piedra que puede llevar consigo y un pedazo de papel que estaba debajo de su cola. Adelante, tómelos.

JUNE: (*luciendo muy incómoda*) ¡Qué asco!

TERAPEUTA: Los dos vamos a sostenerlos. Ahora toque su pecho y su falda, su rostro y su cabello. Así. Está bien, ¿Cuál es su nivel de ansiedad?

JUNE: ¡Puf! 99. Diría que 100 pero raya en el pánico. Si no estuviera usted aquí sería de 100.

TERAPEUTA: A partir de la experiencia previa usted sabe que esto será mucho más fácil en un rato. Siga con esto y esperaremos aquí. Lo está haciendo muy bien.

JUNE: *(Pasan unos cuantos minutos en los que se ve muy molesta)* ¿Haría usted esto si

no fuera para mí?

TERAPEUTA: Sí, si este fuera mi carro y se me cayeran las llaves aquí, las recogería y seguiría adelante.

JUNE: ¿No tendría que lavarse las manos?

TERAPEUTA: No. Los animales muertos no son encantadores, pero son parte del mundo en que vivimos. ¿Qué probabilidad hay de que esto nos enferme?

JUNE: Supongo que muy pequeña. Me siento un poco mejor que al principio. Ahora mi nivel es de alrededor de 90.

TERAPEUTA: ¡Bien! Sigamos aquí por ahora.

La sesión continuó durante otros 45 minutos o hasta que la ansiedad disminuyó considerablemente. Durante este periodo la conversación se centró en general en las situaciones temidas y la reacción de la paciente hacia ellas. El terapeuta le preguntó a June cuál era su nivel de ansiedad aproximadamente cada 10 minutos. Es importante advertir que June y el terapeuta entablaron una conversación durante la tarea de exposición en la que analizaron temas como la habituación, riesgo, responsabilidad y resultados a largo plazo. Al mismo tiempo es imperativo volver a enfocar al paciente en la tarea de exposición que los ocupa para asegurar que sigue comprometido con ella. Por consiguiente, preguntar las puntuaciones en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar cumple dos propósitos: proporciona datos sobre la reducción del miedo y enfoca de nuevo al paciente en la exposición. Sin embargo, el terapeuta debe limitar esas conversaciones si la discusión informal funge como un distractor que ayuda al paciente a "no pensar" en lo que está haciendo.

TERAPEUTA: ¿Cómo se siente ahora?

JUNE: Bien, es más fácil, pero le aseguro que no se siente genial.

TERAPEUTA: ¿Puede asignarle un número?

JUNE: Diría que alrededor de 55 o 60.

TERAPEUTA: Trabajó duro hoy. Debe estar cansada. Vamos a detenernos aquí. Quiero que lleve consigo esta rama y esta piedra para que siga estando contaminada. Puede llevarlas en su bolsillo y tocarlas a menudo durante el día. Quiero que contamine con ellas su oficina en el trabajo y su departamento. Toque todo con ellas, incluyendo todo lo que está en la cocina, las sillas, su cama y la ropa de su cómoda. Ah, también quiero que pase por este punto cuando maneje hacia y desde su trabajo. ¿Puede hacerlo?

JUNE: Supongo que sí. El problema es ir a casa con toda esta suciedad.

TERAPEUTA: ¿Por qué no llama a Kenny y hace planes para llegar a casa después que él, así puede estar cerca para ayudarla. Recuerde que siempre puede llamarme si tiene problemas.

JUNE: Sí. Esa es una buena idea. Saldré del trabajo después que él. Lo veo mañana.

Este escenario ilustra el proceso de la exposición *en vivo*. El terapeuta respondió con claridad las preguntas planteadas sin desviarse del propósito esencial de la sesión, exponerse al contaminante temido. Después del incremento inicial, la ansiedad empieza a disminuir relativamente rápido en algunos pacientes y puede requerir más tiempo para otros. Como se advirtió, es recomendable continuar la exposición hasta que el paciente parezca visiblemente más cómodo y reporte una disminución sustancial en la ansiedad (de 40 o 50%).

Después de 10 a 15 sesiones, se espera que el nivel de ansiedad reportado por el paciente haya disminuido considerablemente. En la sesión 15 June reportó una incomodidad máxima de 70 en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (todavía algo elevada pero menor al nivel previo de 99) que duró unos cuantos minutos. Su nivel mínimo de ansiedad fue de 35 y durante esta sesión presentó un nivel promedio de 45 unidades. Lo ideal es que al final del tratamiento el nivel más alto no exceda las 50 unidades subjetivas de malestar y al final de la sesión debe disminuir por debajo de 20 unidades. En el caso de June se necesitaron más sesiones de seguimiento porque su ansiedad seguía siendo bastante alta.

Para facilitar la transición a condiciones normales del lavado y la conducta de aseo, el terapeuta estableció un régimen de lavado normal en la tercera semana de tratamiento. Se permitió a la paciente una ducha diaria de 10 minutos y no más de cinco lavados de manos de 30 segundos cuando sus manos estuvieran visiblemente sucias o cuando las sintiera pegajosas.

Cuando el terapeuta llegó la siguiente semana para una sesión de tratamiento domiciliaria, se dio la siguiente conversación:

TERAPEUTA: ¿Cómo le fue el fin de semana?

JUNE: No estuvo tan mal. Pero el sábado me sentí un poco molesta. Fuimos a un picnic y había varios montones de excremento de perro alrededor. Llevaba mis chancletas y quería jugar voleibol. No puede hacerse con chancletas, por lo que lo hice descalza.

TERAPEUTA: ¡Eso es genial! Me alegra escucharlo.

JUNE: Sí, pero luego me sentí realmente molesta por la idea de llevar todo eso al departamento. Lo hice. Caminé descalza y con las chancletas, pero estuve preocupada por eso todo el día, hasta que hablé de mis pensamientos con Kenny el domingo alrededor del mediodía. Me sentí mejor cuando me dijo que eso no lo preocupaba. Al parecer me siento culpable por algo, como si la casa no estuviera lo bastante limpia. Pero si al final él dice que está limpia, puedo confiar en su palabra.

TERAPEUTA: Bien, con el tiempo podrá hacer este tipo de juicio por sí misma. ¿Cómo le fue con el lavado y aseo?

JUNE: Bastante bien. Me lavé por medio minuto antes de comer porque estaba llena de polvo por jugar voleibol.

Deliberadamente no me lavé cuando llegué a casa porque me sentía mal y sabía que si lo

hacía eso sería "descontaminarme". Me duché el sábado por la noche y me sentí aliviada, pero sabía que debía salir y caminar descalza y tocar los pisos por los que caminé. De modo que lo hice.

TERAPEUTA: ¡Es genial! Lo manejó muy bien. Me siento realmente complacido. Evitó lavarse cuando eso significaría reducir los sentimientos de contaminación y se expuso cuando se sintió preocupada por los gérmenes. Eso es excelente. Ahora vamos a revisar las situaciones problemáticas que todavía necesita trabajar aquí en casa. ¿Qué cosas le molestan aún?

JUNE: El sótano. No he hecho nada con la caja de arena del gatito y los zapatos viejos que boté ahí hace un año porque se contaminaron. En el armario todavía hay ropa contaminada, y sigo algo preocupada por el patio trasero y también por el porche. Algunas palomas se han estado posando en el techo y ahora hay excrementos en el barandal, de modo que pensé que tenía que esperar a que viniera para hacer eso.

TERAPEUTA: Muy bien. Empecemos de abajo hacia arriba. ¿Cuáles son los más sencillos?

JUNE: El sótano y los armarios.

TERAPEUTA: Bien, vayamos abajo.

La exposición a los contaminantes durante la visita domiciliaria se realiza de la misma manera que durante las sesiones de tratamiento. Por lo general las sesiones en casa duran más tiempo, de dos a cuatro horas, hasta que se tocan todos los objetos "sucios" y se contaminan los lugares "limpios". Esas visitas deben repetirse si el paciente expresa considerable preocupación por su capacidad para adoptar un régimen permanente de no evitación.

Sesiones de seguimiento

Se vio a June semanalmente durante tres meses hasta que experimentó una complicación luego del desarrollo de una nueva obsesión. Empezó a preocuparse por la posibilidad de atropellar a un peatón. Se colaban en su mente pensamientos de que "puedo haber atropellado a alguien", sobre todo después de dar vuelta en una esquina o de mirar por el espejo para cambiar de carril. Una vez que esos pensamientos eran evocados persistían durante varias horas. Para superar este nuevo problema el terapeuta le indicó que manejara más y que se abstuviera de desandar su camino o de mirar por el espejo en busca de heridos. Se le dijo a June que sólo podría detener el carro si estaba segura de haber atropellado a alguien. Los pensamientos de que "podría" haber ocurrido tenían que ser ignorados. Para disminuir la ansiedad de June acerca de tener obsesiones (p. ej., "Dios mío, aquí está de nuevo. Esto es terrible"), se le recordó que podía esperar recurrencias ocasionales de los pensamientos obsesivos. La frecuencia de las obsesiones relacionadas con atropellar a alguien disminuyeron de varias cada día a una a la semana después de tres meses de autoexposición; la ansiedad asociada disminuyó de 95 a 50

unidades subjetivas de malestar o menos.

De las obsesiones relacionadas con los gérmenes, sólo se repitió parcialmente la relacionada con las heces caninas. El miedo a los baños públicos y a los animales muertos se mantuvo bajo. El terapeuta sintió que el temor de June a las heces caninas había recibido insuficiente atención durante el tratamiento. Para abordar la reaparición de este miedo, se vio a June tres veces por semana para sesiones de exposición de una hora en la que tocaba y caminaba cerca de manchas marrones en la acera, y al final pisó las heces de un perro. La tarea incluía ir a parques, caminar por las aceras sin mirar, pisar heces de perro y pararse sobre el césped donde creía que habían estado algunos perros. Este tratamiento continuó durante cuatro semanas y se redujo a dos sesiones por semana durante tres semanas más. A partir de eso, June vino una vez a la semana por otras seis semanas, tiempo durante el cual el terapeuta le asignó autoexposición y se ocupó de las preocupaciones cotidianas de la paciente. La cobertura que se hizo en los medios sobre el herpes dio lugar a una breve preocupación por los baños públicos, pero ésta se disipó al cabo de unos cuantos días.

En el diálogo que se presenta a continuación, el terapeuta revisó con June su progreso en un seguimiento hecho a los nueve meses.

TERAPEUTA: Me gustaría saber cómo se siente en comparación con lo que sentía cuando vino por primera vez hace nueve meses.

JUNE: En definitiva estoy mucho mejor. Pero todavía tengo algunos días malos cuando algo me preocupa mucho y me siento abatida. Pero cuando recuerdo lo mal que me sentía el verano pasado y todo lo que me lavaba, en realidad estoy mucho mejor. Quizá alrededor de 80% mejor. No estoy lista para ser enfermera de piso, pero el trabajo que conseguí después del tratamiento es bastante bueno por ahora. Kenny y yo estamos bien, excepto que se muestra muy sensible si saco a colación alguno de mis temores. Me gustaría que me escuchara y dijera "Muy bien" u otra cosa en lugar de lucir preocupado por mí. Es como si tuviera miedo de que voy a ponerme mal de nuevo. Eso me hace difícil hablar con libertad, pero a veces él lo maneja bien. En realidad no puedo quejarme. También él soportó mucho cuando estuve hecha un verdadero desastre el año pasado y antes de eso.

TERAPEUTA: Me alegra escuchar que se siente mucho mejor. Parece mucho más relajada. Ahora ríe más. No sé si lo recuerda pero al principio no lo hacía nunca.

JUNE: Lo recuerdo.

TERAPEUTA: ¿Qué nos queda ahora? ¿El otro 20%?

JUNE: Supongo que obsesiones. Todavía debo trabajar con mi miedo a atropellar a alguien. Casi siempre dura menos de 15 minutos, pero de vez en cuando se aferra a mi pensamiento toda la tarde.

TERAPEUTA: ¿Qué tan a menudo?

JUNE: Creo que una o dos veces a la semana. Y todavía siento el impulso de evitar caminar por el pasto en los parques. Como estoy muy alerta, lo hago muy a menudo,

pero me siento avergonzada.

TERAPEUTA: ¿Quiere decir que tiene que recordarse que no debe evitar las heces de los perros?

JUNE: Sí, y tiendo a ver las cosas en blanco y negro, todo bien o todo mal. Me sorprendo sintiendo culpa por tonterías como tomar un postre después de una comida completa. Puedo detenerme, pero es como si tuviera que castigarme o pensar mal sobre lo que hice. Debo estar atenta. Aún así, los pensamientos no son para nada como solían ser. Ahora puedo divertirme, y el trabajo es muy absorbente, por lo que puedo pasar días sin preocuparme por algo. ¿Siempre voy a hacer eso?

TERAPEUTA: Tal vez en cierta medida. Sabemos que tiene la tendencia a la obsesión. La mayoría de la gente que tiene un problema obsesivo-compulsivo dice que los rituales y los impulsos para realizarlos disminuyen con mayor rapidez que las ideas obsesivas. Es posible que tenga pensamientos que la perturban por algún tiempo, pero puede esperar que se vuelvan menos frecuentes si tiene el cuidado de no intentar controlarlos por medio de rituales o de evitar las cosas. ¿Puede manejar eso?

JUNE: Supongo que sí. No es muy divertido pero siento que llevo una vida normal de nuevo. Supongo que todos tienen algunos problemas con los que deben lidiar.

Los pacientes rara vez reportan una remisión completa de todas las obsesiones. No es realista llevar a un paciente a esperar que cuatro semanas de tratamiento tendrán como resultado la ausencia absoluta de obsesiones y rituales. Los pacientes deben esperar alguna lucha continua con las obsesiones y los impulsos de ritualizar. Por consiguiente es necesario repasar las estrategias para afrontar esas dificultades ocasionales.

COMPLICACIONES DURANTE EL TRATAMIENTO CONDUCTUAL

Obviamente, pueden surgir dificultades durante la implementación del tratamiento por exposición y prevención de rituales para el trastorno obsesivo-compulsivo. A continuación se describen algunas de esas dificultades y las posibles soluciones.

Incumplimiento de la prevención de rituales

Es común que individuos con trastorno obsesivo-compulsivo informen que se involucran en rituales a pesar de las instrucciones para la prevención de dicha respuesta. En la mayoría de los casos se trata de "faltas" breves que el terapeuta aborda reiterando la razón del programa de tratamiento y la necesidad de seguir estrictamente las instrucciones para la prevención de la respuesta. El terapeuta también puede ofrecer formas de "deshacer" el ritual (p. ej., volver a contaminar o a encender y apagar la estufa).

En ocasiones la persona de apoyo del paciente reporta al terapeuta violaciones a la prevención de rituales. El terapeuta debe discutir esas violaciones con el paciente y enfatizar el hecho de que el incumplimiento continuo de las instrucciones de prevención de rituales pueden dar lugar al fracaso del tratamiento. A continuación se presenta un ejemplo de cómo pueden presentarse al paciente las violaciones a la prevención de rituales.

> "Me enteré por su padre que este fin de semana lo vio en tres ocasiones verificando si había cerrado la puerta frontal cinco o seis veces antes de salir de casa. Como acordamos en la primera sesión, él llamó para informarme de esta situación. Estoy seguro de que recuerda que acordamos que sólo verificaría las puertas una vez y que si tenía un problema podría hablarlo de inmediato con su padre o conmigo, de modo que pudiésemos ayudarlo a superar su impulso de ritualizar. ¿Puede explicarme qué sucedió?"

Si el paciente reconoce la falta y responde reiterando su acuerdo de seguir las instrucciones, no es necesario que el terapeuta lleve el tema más allá. Sin embargo, si ocurre una segunda infracción importante a las instrucciones de prevención de rituales, el terapeuta debe recordar de nuevo al paciente las reglas de la terapia y la lógica para esas reglas, y encontrar con el paciente una solución a cómo implementar con éxito la prevención de los rituales. Si en el curso de esta discusión se hace evidente que el paciente no está dispuesto a considerar esas recomendaciones y sigue comprometido con los rituales y la evitación como medio de disminuir la angustia obsesiva, entonces el terapeuta puede sacar a colación el tema de descontinuar el tratamiento a menos que el paciente esté dispuesto a cumplir las reglas.

> "Parece que en este momento no puede dejar de ritualizar. Para que el tratamiento tenga éxito es esencial que detenga **por completo** sus rituales. Cada vez que alivia su

malestar con un ritual se impide darse cuenta de que a la larga la ansiedad habría disminuido sin los rituales, y no permite que sus temores obsesivos se desconecten del malestar y la ansiedad. Exponerse a las situaciones temidas sin abandonar sus rituales no será de ayuda. Si no puede seguir estrictamente la regla de no ritualizar, se debe detener el tratamiento y esperar hasta que esté realmente preparado para cumplir todos los requerimientos. Para la gente resulta muy difícil resistir la necesidad de ritualizar, y es posible que usted no esté listo todavía y que en el futuro se sienta más capaz de hacerlo. Es mucho mejor que suspendamos el tratamiento ahora a continuar en condiciones de las que no es probable que se beneficie. Eso sólo lo dejaría con la sensación de más desesperanza acerca de la posibilidad de mejorar *en el futuro"*.

Como se revisó, en ocasiones los pacientes sustituyen rituales identificados por patrones de evitación menos evidentes. Por ejemplo, en lugar del lavado excesivo de manos original una paciente puede usar crema para "descontaminarse". Si esto sucede, el terapeuta debe indicarle al paciente que termine de inmediato el nuevo ritual. Otros ejemplos de sustitución de los rituales de lavado incluyen cepillarse los dientes o "soplar" para eliminar los "gérmenes"; las verificaciones extensivas a menudo son reemplazadas por miradas rápidas. El cuestionamiento directo del paciente para solicitar dicha información debe realizarse de la siguiente manera:

"Ahora que ha suspendido los rituales de lavado, ¿se ha sorprendido haciendo otras cosas para aliviar su ansiedad? Por ejemplo, algunas personas empiezan a frotar sus manos con pañuelos o toallas de papel como sustituto del lavado con agua y jabón. ¿Está haciendo algo así?"

Si la respuesta es afirmativa, el terapeuta debe identificar esas nuevas conductas como rituales e indicarle al paciente que debe resistir la necesidad de realizarlas de la misma manera en que resiste otras compulsiones.

Continuación de la evitación pasiva

Es probable que los pacientes que siguen evitando situaciones que pueden provocar malestar obsesivo obtengan un resultado atenuado de la exposición y prevención de rituales. Por ejemplo, un paciente puede regresar al armario ropa "contaminada" tal como se le instruyó, pero asegurándose de que la ropa contaminada no toque las prendas limpias. Dicha evitación refleja una actitud ambivalente hacia el tratamiento y entorpece la habituación de la ansiedad ante las situaciones temidas. Dada la posibilidad de que dichos procesos obstaculicen el resultado, la presencia continua y frecuente de una conducta de evitación requiere que el terapeuta y el paciente evalúen la conveniencia de que el paciente continúe el tratamiento.

TERAPEUTA: Jim, vamos a asegurarnos de que está haciendo la tarea de la forma correcta. Sé que le resulta difícil poner su ropa interior sucia con otra ropa sucia.

¿Cómo le va con eso ahora?

PACIENTE: Temía que me lo preguntara. Todavía no puedo mezclarlas. Me siento demasiado asustado para hacerlo.

TERAPEUTA: Cuando hablamos de eso hace varios días le pedí que lo hiciera esa noche. Habría sido mejor que al siguiente día me dijera que no pudo hacerlo. Me gustaría que mañana trajera algunas ropas sucias. Traiga en bolsas separadas la ropa interior y el resto de la ropa y las mezclaremos aquí en el consultorio. ¿Hay otra cosas que haya estado evitando y que no me haya dicho?

PACIENTE: No lo creo.

TERAPEUTA: Quiero que preste mucha atención a las cosas que está haciendo, o que no está haciendo, y que haga una lista de cualquier cosa que esté evitando, en particular las cosas que se supone que debe hacer para la terapia. Es muy importante que no evite las situaciones que lo angustian para protegerse, ya que si no enfrenta esas situaciones no van a mejorar sus síntomas obsesivo-compulsivos. Vamos a intentarlo de nuevo, pero si no puede confrontar esas situaciones problemáticas sin esas pequeñas evitaciones, quizá sea mejor posponer su tratamiento hasta otro momento en que esté preparado para cumplir el programa de tratamiento.

Discusiones

Es posible que algunos pacientes que realizan la exposición requerida sin ritualizar intenten involucrar al terapeuta en discusiones sobre las tareas.

Resulta tentador discutir con los pacientes sobre lo que harán o no harán durante el tratamiento. Para evitarlo es importante que terapeuta y paciente acuerden algunas reglas básicas antes de empezar el programa intensivo. Los pacientes deben acordar que seguirán el plan de tratamiento que desarrollaron junto con el terapeuta y exponerse a las situaciones angustiantes sin pelear. Si se descubren nuevas situaciones que provoquen miedo, éstas deben ser revisadas a fin de desarrollar y acordar un programa de exposición antes de llevar a cabo la exposición a esas nuevas situaciones. Si un paciente se opone o intenta alterar una exposición planeada, el terapeuta debe reconocer la incomodidad del paciente y mostrar empatía, preguntar las razones de su titubeo y animarlo a proseguir de la siguiente manera:

> “Lamento ver que le está resultando tan difícil sentarse en el piso. Sé que es difícil y que debe estar asustado, pero no le haré ningún bien si postergamos la exposición para otro día o si le permito que se la salte. De verdad es necesario que toque el piso, de modo que vamos a continuar y a hacerlo ahora. Acordamos que hoy es el día del ‘piso’ y no le estaría haciendo ningún bien si le permito que lo evite. Pero recuerde, estoy aquí para apoyarlo tanto como pueda si se indispone”.

En algunos casos las dificultades pueden superarse exponiendo primero al paciente a objetos similares que generan un nivel menor de incomodidad. Por ejemplo, si un paciente se niega a tocar el asiento del inodoro, entonces el terapeuta puede pedirle que

toque primero el piso del baño o la puerta de la ducha, después puede tocar las paredes de la ducha y la manija del inodoro antes de avanzar al asiento.

Sobrecarga emocional

En ocasiones, un paciente queda abrumado durante el tratamiento por temor o por otra emoción que no se relaciona directamente con sus síntomas obsesivo-compulsivos. Por ejemplo, un paciente puede estar agobiado por un hecho reciente (p. ej., la muerte de un familiar) o por miedo a enfrentar planes futuros (p. ej., vivir solo o conseguir un trabajo). No es aconsejable implementar los ejercicios de exposición cuando el paciente se encuentre sumamente indispuesto, ya que es improbable que preste la atención adecuada al estímulo de exposición y por ende es poco factible que la ansiedad se habitúe. En lugar de eso, el terapeuta debe analizar con el paciente la situación que lo agobia y seguir con la exposición cuando se encuentre más tranquilo. En raras ocasiones la exposición puede posponerse hasta la siguiente sesión. Si esto se convierte en un patrón repetitivo, es recomendable interrumpir el tratamiento hasta que pase la crisis.

Reacciones no ansiosas a las exposiciones

En ocasiones los pacientes responden a las exposiciones con emociones distintas a la ansiedad o la angustia, por ejemplo, con enojo o depresión. Observaciones clínicas sugieren que el enojo suele ser una manera de evitar el malestar o la ansiedad que son el objetivo de la exposición. De ser ese el caso, debe considerarse al enojo como una forma de evitación. El terapeuta debe reenfocar al paciente en los aspectos de la situación que provocan ansiedad y señalarle que el enojo sólo obstaculiza el progreso.

Durante la exposición imaginaria hay ocasiones en que el paciente se deprime cuando es expuesto a las consecuencias temidas de sus conductas. Dicha depresión y otras reacciones emocionales pueden reducir la eficacia del tratamiento, por lo que el terapeuta debe ayudarlo a concentrarse en las señales que provocan ansiedad. Para lograrlo puede desviarse el contenido de la exposición imaginaria de las consecuencias temidas a las señales externas de amenaza. En algunos casos esta reorientación no resuelve el problema y el paciente sigue mostrando una reacción depresiva a la exposición. Cuando esto sucede, deben desarrollarse escenarios alternativos que no provoquen depresión.

Rituales y temores emergentes

Como se mencionó, los pacientes desarrollan en ocasiones “nuevos” temores o rituales durante el tratamiento. A menudo el contenido de esos nuevos síntomas se relaciona estrechamente con los miedos originales y para tratarlos se incluyen esos temores en las instrucciones de exposición y prevención de rituales que se dieron al inicio del tratamiento. Por ejemplo, luego de la implementación exitosa de la prevención de rituales para su lavado de manos compulsivo, el señor F empezó a frotarlas para descontaminarlas. El terapeuta identificó esta condición como otro ritual y le pidió al señor F que resistiera por completo el deseo de frotarse las manos. A continuación el

señor F empezó a frotar con suavidad el dedo índice contra las palmas de las manos para limpiarlas y disminuir su ansiedad. El terapeuta le pidió que detuviera este ritual como había hecho con los otros, cosa que logró de nuevo.

Algunos temores emergentes pueden no tener una conexión tan clara con los miedos originales del paciente.

Por ejemplo, el miedo que June desarrolló a atropellar a alguien mientras manejaba no tenía una relación evidente con sus temores de contaminación. A menudo, una evaluación más detallada permite descubrir un vínculo conceptual entre los dos miedos reportados. En el caso de June, la conexión entre los dos temores identificados puede encontrarse en su miedo a ser culpada de causar la enfermedad o muerte de alguien y su preocupación de ser considerada una "mala persona" por haber matado a alguien o por haber olfateado las heces del perro. En tales casos, es importante que el terapeuta desarrolle exposiciones que incluyan señales para este miedo más general. El terapeuta de June podría conducir exposiciones imaginarias que incluyeran imágenes de personas que la criticaran o la culparan de haber ocasionado la muerte de alguna persona.

Reacciones negativas de la familia

Dado que es muy frecuente que los miembros de la familia hayan experimentado años de frustración por los síntomas del paciente, no sorprende que algunos se muestren impacientes y esperen que el tratamiento progrese sin contratiempos para dar lugar a la remisión completa de los síntomas. No es inusual que los familiares se decepcionen o enojen cuando perciben que los síntomas no disminuyen con la rapidez suficiente. En tales casos el terapeuta debe asegurarles que es de esperar que ocasionalmente ocurran fuertes reacciones de ansiedad y que eso no refleja fracaso. Es necesario animar a la familia para que responda de manera calmada y comprensiva si el paciente experimenta un episodio de ansiedad.

A menudo las familias han desarrollado patrones de conducta diseñados para disminuir el malestar del paciente. Algunos familiares pueden continuar con esos patrones sea para tratar de proteger al paciente de situaciones molestas o porque es difícil romper hábitos establecidos durante años para ajustarse a las peticiones del paciente. Por ejemplo, al señor P, quien acostumbraba entrar a su casa por el sótano, quitarse de inmediato la ropa y bañarse por el bien de su esposa, se le indicó que entrara por la puerta del frente y que lanzara su abrigo al sofá. De igual modo, algunos miembros de la familia pueden descubrir que siguen realizando diversas actividades domésticas que llegaron a considerar su responsabilidad por los deseos del paciente de evitar el malestar que le ocasionaba la actividad. Por ejemplo, el señor F era responsable de preparar los alimentos de toda la familia porque a su esposa la angustiaba la posibilidad de contaminar inadvertidamente la comida. Dado que esos patrones familiares pueden obstaculizar el progreso en el tratamiento, el terapeuta debe interrogar al paciente y a sus familiares sobre esos hábitos y prescribir conductas alternativas que maximicen la exposición del paciente y minimicen la evitación.

Funcionando sin síntomas

Al final del tratamiento muchos individuos con trastorno obsesivo-compulsivo se descubren con un considerable vacío en sus rutinas diarias. El hecho de que ya no necesiten dedicar a los rituales buena parte del día los deja preguntándose qué hacer. El terapeuta debe ser sensible a esos problemas y planear nuevas metas sociales u ocupacionales que deban alcanzarse después de la terapia; de ser necesario debe conducir sesiones adicionales o referir al paciente con otro terapeuta que se enfoque en problemas relacionados con el ajuste. Es posible que otros tratamientos conductuales, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT), puedan servir para este problema dado su enfoque explícito en el funcionamiento. Los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo pueden ser especialmente vulnerables a la creencia de que no avanzan con éxito en sus vidas a menos que las obsesiones desaparezcan, de ahí que ACT sea particularmente adecuada para abordar ese tipo de problemas. Evidencia preliminar de una serie de estudios de caso sugiere la posibilidad de aplicar ACT al trastorno obsesivo-compulsivo (Twohig, Hayes y Masuda, 2006), y un ensayo controlado aleatorizado ofrece evidencia sólida a favor de la eficacia de dicha terapia (Twohig *et al.,* 2000).

Dado que los pacientes han pasado años realizando sus rituales, es posible que se sientan inseguros sobre qué es lo que constituye a la conducta normal. El terapeuta debe ofrecer directrices para las formas apropiadas de lavado, verificación, repetición u ordenamiento. Si los rituales siguen presentes, es necesario que el terapeuta les dé la instrucción de continuar la prevención de rituales de algunas conductas para garantizar la conservación de los logros del tratamiento. Un paciente también puede desarrollar miedo a la reaparición de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo. El terapeuta debe tranquilizarlo asegurándole que un solo lavado de manos no es señal del inicio de una recaída.

CONCLUSIONES

En este capítulo se revisó la literatura sobre el trastorno obsesivo-compulsivo y su tratamiento, se presentó un diálogo textual de las interacciones entre paciente y terapeuta para demostrar la manera de poner en marcha la exposición y prevención de rituales. La revisión ilustra claramente que es mucho lo que ya se conoce acerca de la terapia cognitivo-conductual y la farmacoterapia para el trastorno obsesivo-compulsivo. En la práctica clínica con adultos están guiados por la investigación empírica que se resume en este capítulo, aunque no todas las decisiones clínicas se sustentan inequívocamente en estudios empíricos. Por ejemplo, una comparación directa, no controlada, indicó que la modalidad intensiva de la exposición y prevención de rituales arroja un resultado superior al de un tratamiento menos intensivo, pero por lo general, se ofrece un tratamiento intensivo a los pacientes adultos con trastorno obsesivo-compulsivo de severidad por lo menos moderada. Aunque la experiencia clínica sugiere que es probable que las sesiones semanales sean insuficientes para producir logros importantes en la mayoría de los pacientes adultos con este trastorno, aún no se establece si dos o tres sesiones a la semana pueden dar lugar a resultados comparables a las sesiones diarias inmediatamente después del tratamiento y en el seguimiento. La investigación futura debe examinar este importante tema para establecer una curva de "dosis-respuesta" para la exposición y prevención de rituales; en la opinión clínica, la severidad inicial del problema, comorbilidad y disposición motivacional del paciente para participar en el tratamiento influyen en las recomendaciones concernientes al programa de visitas de exposición y prevención de rituales. Otro tema importante es la mejor forma de combinar el tratamiento de exposición y prevención de rituales con medicamentos. La investigación futura permitirá identificar el curso óptimo de tratamiento para un paciente particular.

Resultados empíricos y observaciones clínicas convergen para indicar que el tratamiento psicosocial para el trastorno obsesivo-compulsivo debe incluir instrucciones para la exposición y prevención de rituales, y que es probable que el resultado se vea comprometido por la incapacidad para llevar a cabo la exposición a las situaciones que provoquen más ansiedad. En lo que respecta a la comparación de la exposición apoyada por el terapeuta con la autoexposición, en nuestra práctica clínica se elige de manera rutinaria la exposición apoyada por el terapeuta. Por ahora, parece prematuro eliminar el apoyo del terapeuta en los ejercicios de exposición porque los estudios existentes presentan fallas metodológicas como un tamaño insuficiente de la muestra, un ensayo controlado aleatorizado reciente sobre el trastorno obsesivo-compulsivo indicó que la exposición y prevención de rituales con exposiciones dentro de la sesión era superior a una forma breve del tratamiento que no incluía este elemento del procedimiento (Franklin *et al.,* 2011). En lo que concierne al papel de las intervenciones cognitivas en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo, el programa de exposición y prevención de rituales descrito en este capítulo es un tratamiento "cognitivo conductual" toda vez que se dirige tanto a las cogniciones como a las conductas; sin embargo, por lo general no incluimos un componente formal de reestructuración cognitiva. La investigación futura

debe definir qué procedimientos cognitivos y conductuales funcionan mejor para corregir determinadas emociones patológicas. Los procedimientos cognitivos también pueden incluirse en "programas de preparación" diseñados para ayudar a los pacientes con una elevada ambivalencia acerca de la exposición y prevención de rituales a darse cuenta de que el tratamiento es tolerable y efectivo. A la fecha, la investigación empírica sugiere que, aunque los medicamentos antidepresivos no interfieren con la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo, el tratamiento combinado no es necesariamente mejor que la sola exposición y prevención de repuesta. Sin embargo, la reducción parcial de los síntomas que suele encontrarse en estudios de farmacoterapia para el trastorno obsesivo-compulsivo puede aumentar la disposición de algunos pacientes a tolerar el malestar asociado con la exposición y prevención de rituales; por consiguiente, en esos casos la medicación previa puede aumentar la disposición.

¿Qué factores mejoran al parecer la eficacia a largo plazo de la exposición y prevención de rituales para el trastorno obsesivo-compulsivo? Algunos estudios sugieren que los pacientes que muestran una gran mejoría inmediatamente después de la terapia cognitiva tienen mayor probabilidad de conservar sus logros en un seguimiento que quienes sólo obtuvieron logros moderados en el postratamiento (p. ej., Simpson *et al.,* 2004). Así, el énfasis en procedimientos que probablemente den lugar a una máxima eficacia en el corto plazo también permiten una mayor conservación de las ganancias. En la experiencia clínica los factores asociados con un resultado positivo del tratamiento son la comprensión de la lógica del tratamiento, la participación activa en los ejercicios de exposición, el cumplimiento estricto de las instrucciones de prevención de rituales, la disposición a diseñar y llevar a cabo ejercicios de exposición entre sesiones, así como la disposición a confrontar incluso las tareas más difíciles de la jerarquía de miedo. Por consiguiente, el reforzamiento verbal de los pacientes cuando cumplen esas metas y la reinstrucción cuando no lo logran, son importantes para fomentar una mejoría duradera. Además, se ha encontrado que las técnicas de prevención de recaídas diseñadas específicamente para el trastorno obsesivo-compulsivo fomentan la conservación de las ganancias en el seguimiento (Hiss *et al.,* 1994). En la práctica clínica se comienzan a discutir los procedimientos de prevención de recaídas mucho antes de concluir el tratamiento, y las últimas sesiones activas se concentran en el mantenimiento de los logros. También se cree que es conveniente continuar el contacto con el clínico tratante; por lo que en los primeros meses posteriores a la conclusión del tratamiento activo se llevan a cabo sesiones breves de seguimiento, y después de la fase formal de seguimiento se mantiene el contacto de acuerdo con las necesidades. Como parte de la prevención de recaídas se suele pedir a los pacientes que planeen ejercicios de exposición y prevención de rituales para obsesiones hipotéticas que podrían encontrar en el futuro (p. ej., "¿Qué ejercicios debería hacer si en seis meses llega a obsesionarse con la idea de que tocar la corteza de un árbol puede provocarle una enfermedad terrible?") para alentarlos a resolver por sí mismos problemas relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo en lugar de depender de la instrucción del terapeuta. También destacamos que no deben alarmarse por la presentación ocasional de obsesiones siempre y cuando pongan en

práctica ejercicios de exposición y prevención de rituales para combatir la recurrencia de esas obsesiones e impulsos de ritualizar. Los pacientes que aceptan esta realidad suelen ser los más capaces para aplicar lo que aprendieron en el tratamiento, y este proceso les permite mantener bajo control sus síntomas obsesivo-compulsivos mucho tiempo después de que ha terminado el tratamiento.

REFERENCIAS

Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*, 583–600.

Abramowitz, J. S., & Foa, E. B. (2000). Does major depressive disorder influence outcome of exposure and response prevention for OCD? *Behavior Therapy, 31*, 795–800.

Abramowitz, J. S., Foa, E. B., & Franklin, M. E. (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive–compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*,394–398.

Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2002). Empirical status of cognitive-behavioral therapy for obsessive compulsive disorder: A meta-analytic review. *Romanian Journal of Cognitive and Behavior Psychotherapies, 2*,89–104.

Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Street, G. P., Kozak, M. J., & Foa, E. B. (2000). Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive–compulsive disorder. *Behavior Therapy, 31*, 517–528.

Allen, J. J., & Tune, G. S. (1975). The Lynfield Obsessional/ Compulsive Questionnaire. *Scottish Medical Journal, 20*, 21–24.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Angst, J. (1993). Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. *International Clinical Psychopharmacology, 8* (Suppl. 1), 21–25.

Anderson, R. A., & Rees, C. S. (2007). Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive–compulsive disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 45*(1), 123–137.

Antony, M. M., Downie, F., & Swinson, R. P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive–compulsive disorders. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive–compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 3–32). New York: Guilford Press.

Asbahr, F. R., Castillo, A. R., Ito, L. M., Latorre, R. D., Moreira, M. N., & Lotufo-Neto, F. (2005). Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive–compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*(11), 1128–1136.

Bachofen, M., Nakagawa, A., Marks, I. M., Park, J., Greist, J. H., Baer, L., et al. (1999). Home self-assessment and selftreatment of obsessive compulsive disorder using a manual and a computer-conducted telephone interview: Replication of a UK–US study. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*, 545–549.

Barrett, P., Farrell, L., Dadds, M., & Boulter, N. (20050. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive–compulsive disorder: Long-term follow-up and predictors of outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 1005–1014.

Barrett, P., Healy-Farrell, L., & March, J. S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive–compulsive disorder: A controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 46–62.

Barsky, A. J., & Ahern, D. (2004). Interventions for hypochondriasis in primary care: In reply. *Journal of the American Medical Association, 292*(1), 42–43.

Basoglu, M., Lax, T., Kasvikis, Y., & Marks, I. M. (1988). Predictors of improvement in obsessive–compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 2*, 299–317.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Bellodi, L., Scuito, G., Diaferia, G., Ronchi, P., & Smeraldi, E. (1992). Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Research, 42*(2), 111–120.

Bogels, S. M., & Bodden, D. (2005, November). *Family versus child CBT for childhood anxiety disorders: Short*

and long-term results of a multicenter study. In S. M. Bogels (Chair), Family-Based Prevention and Treatment of Childhood Anxiety Disorders Symposium presented at the annual meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Washington, DC.

Brown, T., Campbell, L., Lehman, C., Grisham, J., & Mancill, R. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSMIV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110* (4), 585–599.

Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin, 81*, 311–318.

Comings, D. E. (1990). *Tourette syndrome and human behavior*. Duarte, CA: Hope Press.

Constans, J. I., Foa, E. B., Franklin, M. E., & Mathews, A. (1995). Memory for actions in obsessive compulsives with checking rituals. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 665–671.

Cottraux, J., Mollard, L., Bouvard, M., Marks, L., Sluys, M., Nury, A. M., et al. (1990). A controlled study of fluvoxamine and exposure in obsessive–compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology, 5*, 17–30.

Cottraux, J., Note, I., Yao, S. N., Lafont, S., Note, B., Mollard, E., et al. (2001). A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 70* (6), 288–297.

De Araujo, L. A., Ito, L. M., Marks, I. M., & Deale, A. (1995). Does imaginal exposure to the consequences of not ritualising enhance live exposure for OCD?: A controlled study: I. Main outcome. *British Journal of Psychiatry, 167*, 65–70.

de Haan, E., Hoogduin, K. A., Buitelaar, J. K., & Keijsers, G. P. (1998). Behavior thearpy versus clomipramine for the treatment of obsessive–compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 1022–1029.

Denys, D., Tenney, N., van Megen, J. G., de Geus, F., & Westenberg, H. G. (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive–compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders, 80*, 155–162.

DeVeaugh-Geiss, J., Landau, P., & Katz, R. (1989). Treatment of OCD with clomipramine. *Psychiatric Annals, 19*, 97–101.

Diniz, J. B., Rosario-Campos, M. C., Shavitt, R. G., Curi, M., Hounie, A. G., Brotto, S. A., et al. (2004). Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive–compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 22–27.

Dollard, J., & Miller, N. L. (1950). *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking and culture*. New York: McGraw-Hill.

Dougherty, D. D., Rauch, S. L., & Jenike, M. A. (2002). Pharmacological treatments for obsessive compulsive disorder. In P. E. Nathan & J. M. Gordon (Eds.), *A guide to treatments that work* (2nd ed., pp. 387–410). New York: Oxford University Press.

Eisen, J. L., Phillips, K. A., Baer, L., Beer, D. A., Atala, K. D., & Rasmussen, S. A. (1998). The Brown Assessment of Beliefs Scale: Reliability and validity. *American Journal of Psychiatry, 155*, 102–108.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Emmelkamp, P. M. G., & Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive–compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 29*, 293–300.

Emmelkamp, P. M. G., de Haan, E., & Hoogduin, C. A. L. (1990). Marital adjustment and obsessive–compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry, 156*, 55–60.

Emmelkamp, P. M. G., & van Kraanen, J. (1977). Therapistcontrolled exposure *in vivo*: A comparison with obsessive– compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy, 15*, 491–495.

Emmelkamp, P. M. G., Visser, S., & Hoekstra, R. J. (1988). Cognitive therapy vs. exposure *in vivo* in the treatment of obsessive–compulsives. *Cognitive Therapy and Research, 12*, 103–114.

Fals-Stewart, W., Marks, A. P., & Schafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181*, 189–193.

Farrell, L. J., Waters, A., Milliner, E., & Ollendick, T. (2012). Comorbidity and treatment response in pediatric

OCD: A pilot study of group cognitive-behavioral treatment. *Psychiatry Research, 199*, 115–123.

Flament, M., Koby, E., Rapoport, J. L., Berg, C., Zahn, T., Cox, C., et al. (1990). Childhood obsessive compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 31*, 363–380.

Flament, M., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, M., Berg, C., Kalikow, K., et al. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 764–771.

Foa, E. B., Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., & Kozak, M. J. (1999). Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy, 30*, 717–724.

Foa, E. B., Franklin, M. E., & Moser, J. (2002). Context in the clinic: How well do CBT and medications work in combination? *Biological Psychiatry, 51*, 989–997.

Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3–24). New York: Guilford Press.

Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., & Hajcak, G., et al. (2002). The Obsessive–Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment, 14*(4), 485–495.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1985). Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 421–452). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20–35.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1996). Psychological treatments for obsessive compulsive disorder. In M. R. Mavissakalian & R. P. Prien (Eds.), *Long-term treatments of anxiety disorders* (pp. 285–309). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, M. A., & Rasmussen, S. (1995). DSM-IV filed trial: Obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 152*, 90–96.

Foa, E. B., Kozak, M. J., Steketee, G., & McCarthy, P. R. (1992). Treatment of depressive and obsessive–compulsive symptoms in OCD by imipramine and behavior therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 31*, 279–292.

Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S. O., Campeas, R., Franklin, M. E., et al. (2005). Treatment of obsessive compulsive disorder by exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination: A randomized, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 162*, 151–161.

Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., Turner, R. M., & Latimer, P. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive–compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy, 15*, 450–472.

Foa, E. B., Steketee, G., Turner, R. M., & Fischer, S. C. (1980). Effects of imaginal exposure to feared disasters in obsessive–compulsive checkers. *Behaviour Research and Therapy, 18*, 449–455.

Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Bux, D. A., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2002). Cognitive-behavioral therapy with and without medication in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*, 162–168.

Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Furr, J., Kalsy, S., & Riggs, D. S. (2003). A naturalistic examination of therapist experience and outcome of exposure and ritual prevention for OCD. *Psychotherapy Research, 13*, 153–167.

Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Levitt, J., & Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive compulsive disorder: Randomized compared with non-randomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 594–602.

Franklin, M. E., Kozak, M. J., Cashman, L., Coles, M., Rheingold, A., & Foa, E. B. (1998). Cognitive behavioral treatment of pediatric obsessive compulsive disorder: An open clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 412–419.

Franklin, M., Sapyta, J., Freeman, J., Khanna, M., Compton, S., Almirall, D., et al. (2011). Cognitive behavior

therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive– compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II). *Journal of the American Medical Association, 306*, 1224–1232.

Freeman, J. B., Choate-Summers, M. L., Moore, P. S., Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Leonard, H. L., et al. (2007). Cognitive behavioral treatment of young children with obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry, 61*, 337–343.

Freeman, J. B., Garcia, A. M., Fucci, C., Karitani, M., Miller, L., & Leonard, H. L. (2003). Family-based treatment of early-onset obsessive–compulsive disorder [Special issue]. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 13*(2), 71–80.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rhéaume, J., Letarte, H., et al. (1997). Cognitivebehavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 405–413.

Gershuny, B. S., Baer, L., Jenike, M. A., Minichiello, W. E., & Wilhelm, S. (2002). Comorbid posttraumatic stress disorder: Impact on treatment outcome for obsessive– compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*, 852–854.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., et al. (1989a). The Yale– Brown Obsessive–Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1012–1016.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., et al. (1989b). The Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1006–1011.

Greist, J. H. (1990). Treatment of obsessive–compulsive disorder: Psychotherapies, drugs, and other somatic treatments. *Journal of Clinical Psychiatry, 51*, 44–50.

Greist, J. H. (1992). An integrated approach to treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 53*(Suppl.), 38–41.

Greist, J. H., Jefferson, J. W., Kobak, K. A., Katzelnick, D. J., & Serlin, R. C. (1995). Efficacy and tolerability of serotonin reuptake inhibitors in obsessive compulsive disorder: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry, 46*, 53–60.

Hanna, G. L. (1995). Demographic and clinical features of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 19–27.

Himle, M. B., Olufs, E., Himle, J., Tucker, B., & Woods, D. W. (2010). Behavior therapy for tics via Videoconference Delivery: An initial pilot test in children. *Cognitive & Behavioral Practice, 17*, 329–337.

Hiss, H., Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1994). A relapse prevention program for treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 801–808.

Hodgson, R. J., Rachman, S., & Marks, L. M. (1972). The treatment of chronic obsessive–compulsive neurosis: Follow-up and further findings. *Behaviour Research and Therapy, 10*, 181–189.

Hohagen, F., Winkelmann, G., Rasche-Raeuchle, H., Hand, I., Konig, A., Munchau, N., et al. (1998). Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo: Results of a multicentre study. *British Journal of Psychiatry, 173*, 71–78.

Insel, T. R., & Akiskal, H. (1986). Obsessive–compulsive disorder with psychotic features: A phenomenologic analysis. *American Journal of Psychiatry, 12*, 1527–1533.

Jaycox, L. H., Foa, E. B., & Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 185–192.

Jenike, M., Baer, L., Minichiello, W., Schwartz, C., & Carey, R. (1986). Concomitant obsessive–compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 143*, 530–532.

Kazarian, S. S., Evans, D. L., & Lefave, K. (1977). Modification and factorial analysis of the Leyton Obsessional Inventory. *Journal of Clinical Psychology, 33*, 422–425.

Keijsers, G. P., Hoogduin, C. A., & Schaap, C. P. (1994). Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive–compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry, 165*, 781–786.

Kessler, R. C., Demier, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., et al. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine, 352*(24), 2515–2523.

Koran, L. M. (2000). Quality of life in obsessive–compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 23*, 509–517.

Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 343–353.

Kozak, M. J., Foa, E. B., & Steketee, G. (1988). Process and outcome of exposure treatment with obsessive–compulsives: Psychophysiological indicators of emotional processing. *Behavior Therapy, 19*, 157–169.

Kurlan, R., Como, P. G., Miller, B., Palumbo, D., Deeley, C., Andersen, E. M., et al. (2002). The behavioral spectrum of tic disorders: A community-based study. *Neurology, 59*, 414–420.

Ladoucer, R., Rhéame, J., Freeston, M. H., Aublet, F., Jean, K., Lachance, S., et al. (1995). Experimental manipulations of responsibility: An analogue test for models of obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 937–946.

Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology, 6*, 495–511.

Leckman, J. F., & Chittenden, E. H. (1990). Gilles de la Tourette syndrome and some forms of obsessive–compulsive disorder may share a common genetic diathesis. *L'Encephale, 16*, 321–323.

Leckman, J. F., Denys, D., Simpson, H. B., Mataix-Cols, D., Hollander, E., Saxena, S., et al. (2010). Obsessive compulsive disorder: A review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM V. *Depression and Anxiety, 27*, 507–527.

Ledley, D. R., Pai, A., & Franklin, M. E. (2007). Treating comorbid presentations: Obsessive compulsive disorder, anxiety, and depression. In M. M. Antony, C. Purdon, & L. Summerfeldt (Eds.), *Psychological treatment of OCD: Fundamentals and beyond* (pp. 281–293). Washington, DC: American Psychological Association Press.

Lelliott, P. T., Noshirvani, H. F., Basoglu, M., Marks, I. M., & Monteiro, W. O. (1988). Obsessive–compulsive beliefs and treatment outcome. *Psychological Bulletin, 18*, 697–702.

Leon, A. C., Portera, L., & Weissman, M. M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry, 166*(Suppl.), 19–22.

Lindsay, M., Crino, R., & Andrews, G. (1997). Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry, 171*, 135–139.

Lochner, C., & Stein, D. J. (2003). Heterogeneity of obsessive–compulsive disorder: A literature review. *Harvard Review of Psychiatry, 11*(3), 113–132.

Lovell, K., Cox, D., Haddock, G., Jones, C., Raines, D., Garvey, R., et al. (2006). Telephone administered cognitive behaviour therapy for treatment of obsessive compulsive disorder: Randomised controlled non-inferiority trial. *British Medical Journal, 333*, 883.

March, J. S., Franklin, M. E., Leonard, H., Garcia, A., Moore, P., Freeman, J., et al. (2007). Tics moderate the outcome of treatment with medication but not CBT in pediatric OCD. *Biological Psychiatry, 61*, 344–347.

Marks, I. M., Lelliott, P., Basoglu, M., Noshirvani, H., Monteiro, W., Cohen, D., et al. (1988). Clomipramine selfexposure, and therapist-aided exposure for obsessive– compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry, 152*, 522–534.

Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J., & McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive– compulsive rituals: I. *British Journal of Psychiatry, 136*, 1–25.

Masellis, M., Rector, N. A., & Richter, M. A. (2003). Quality of life in OCD: Differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry, 48* (2), 72–77.

Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Greist, J. H., Kobak, K. A., & Baer, L. (2002). Obsessive–compulsive symptoms dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: Results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 71*, 255–262.

Mathews, A. M., Johnston, D. W., Shaw, P. M., & Gelder, M. G. (1974). Process variables and the prediction of outcome in behavior therapy. *British Journal of Psychiatry, 125*, 256–264.

Matsunaga, H., Kiriike, N., Matsui, T., Oya, K., Okino, K., & Stein, D. (2005). Impulsive disorders in Japanese adult patients with obsessive–compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 46*, 43–49.

McLean, P. L., Whittal, M. L., Thordarson, D. S., Taylor, S., Sochting, I., Koch, W. J., et al. (2001). Cognitive

versus behavior therapy in the group treatment of obsessive– compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 205–214.

Mehta, M. (1990). A comparative study of family-based and patients-based behavioural management in obsessive– compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry, 157*, 133–135.

Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy, 4*, 273–280.

Meyer, V., & Levy, R. (1973). Modification of behavior in obsessive–compulsive disorders. In H. E. Adams & P. Unikel (Eds.), *Issues and trends in behavior therapy* (pp. 77–136). Springfield, IL: Thomas.

Meyer, V., Levy, R., & Schnurer, A. (1974). A behavioral treatment of obsessive–compulsive disorders. In H. R. Beech (Ed.), *Obsessional states*. London: Methuen.

Mowrer, O. H. (1939). A stimulus–response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review, 46*, 553–565.

Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.

Neziroglu, F., Stevens, K. P., Yaryura-Tobias, J. A., & McKay, D. (2000). Predictive validity of the Overvalued Ideas Scale: Outcome in obsessive–compulsive and body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 745–756.

Öst, L. G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 1–7.

O'Sullivan, G., Noshirvani, H., Marks, I., Monteiro, W., & Lelliott, P. (1991). Six-year follow-up after exposure and clomipramine therapy for obsessive–compulsive disorder. *Journal of Clinical Archives, 52*, 150–155.

Pato, M. T., Zohar-Kadouch, R., Zohar, J., & Murphy, D. L. (1988). Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive–compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 145*, 1521–1525.

Pauls, D. L., Towbin, K. E., Leckman, J. F., Zahner, G. E., & Cohen, D. J. (1986). Gilles de la Tourette syndrome and obsessive–compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry, 43*, 1180–1182.

Pediatric OCD Treatment Study Team. (2004). Cognitivebehavioral therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive–compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 292*, 1969–1976.

Peris, T. S., Sugar, C. A., Bergman, L., Chang, S., Langley, A., & Piacentini, J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 255–263.

Piacentini, J., Bergman, R. L., Jacobs, C., McCracken, J. T., & Kretchman, J. (2002). Open trial of cognitive behavior therapy for childhood obsessive–compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 16*, 207–219.

Purdon, C., & Clark, D. A. (2002). The need to control thoughts. In R. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, research, and treatment* (pp. 29–43). Oakland, CA: New Harbinger.

Rabavilas, A. D., Boulougouris, J. C., & Perissaki, C. (1979). Therapist qualities related to outcome with exposure *in vivo* in neurotic patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 10*, 293–299.

Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 385–401. Rachman, S., & DeSilva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 16*, 233–248. Rachman, S., Thordarson, D. S., Shafran, R., & Woody, S.

R. (1995). Perceived responsibility: Structure and significance. *Behaviour Research and Therapy, 33*(7), 779–784. Rapoport, J. L., Swedo, S. E., & Leonard, H. L. (1992). Childhood obsessive compulsive disorder (144th Annual Meeting of the American Psychiatric Association: Obsessive Compulsive Disorder: Integrating Theory and Practice [1991, New Orleans, LA]). *Journal of Clinical Psychiatry, 53*(Suppl. 4), 11–16.

Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive–compulsive disorder. *Psychiatric Annals, 19*, 67–73.

Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1990). Epidemiology of obsessive–compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 51*, 10–14.

Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM III obsessive–

compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 1943*, 317–382.

Reed, G. E. (1985). *Obsessional experience and compulsive behavior: A cognitive structural approach*. Orlando, FL: Academic Press.

Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H., & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility, and obsessive compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 385–402.

Riggs, D. S., Hiss, H., & Foa, E. B. (1992). Marital distress and the treatment of obsessive–compulsive disorder. *Behavior Therapy, 23*, 585–597.

Rothbaum, B. O., & Shahar, F. (2000). Behavioral treatment of obsessive–compulsive disorder in a naturalistic setting. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*, 262–270.

Rowe, M. K., & Craske, M. G. (1998). Effects of an expanding-space vs. massed exposure schedule on fear reduction and return of fear. *Beahviour Research and Therapy, 36*, 701–717.

Rubenstein, C. S., Peynircioglu, Z. F., Chambless, D. L., & Pigott, T. A. (1993). Memory in sub-clinical obsessive– compulsive checkers. *Behaviour Research and Therapy, 31*(8), 759–765.

Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 571–583.

Sher, K. J., Frost, R. O., & Otto, R. (1983). Cognitive deficits in compulsive checkers: An exploratory study. *Behaviour Research and Therapy, 21*, 357–364.

Simpson, H. B., Liebowitz, M. R., Foa, E. B., Kozak, M. J., Schmidt, A. B., Rowan, V., et al. (2004). Post-treatment effects of exposure therapy and clomipramine in obsessive– compulsive disorder. *Depression and Anxiety, 19*, 225–233.

Simpson, H. B., Zuckoff, A. M., Maher, M. J., Page, J. R., Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2010). Challenges using motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy for obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 941–948.

Stampfl, T. G., & Levis, D. J. (1967). Essentials of implosive therapy: A learning-based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology, 72*, 496–503.

Stanley, M. A., Turner, S. M., & Borden, J. W. (1990). Schizotypal features in obsessive–compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 31*, 511–518.

Steketee, G., Chambless, D. L., & Tran, G. Q. (2001). Effects of Axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive–compulsive disorder and agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry, 42*, 76–86.

Steketee, G., Eisen, J., Dyck, I., Warshaw, M., & Rasmussen, S. (1999). Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research, 89*, 229–238.

Steketee, G. S., Foa, E. B., & Grayson, J. B. (1982). Recent advances in the treatment of obsessive–compulsives. *Archives of General Psychiatry, 39*, 1365–1371.

Stein, D. J., Fineberg, N. A., Bienvenu, O. J., Denys, D., Lochner, C., Nestadt, G., et al. (2010). Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM V? *Depression and Anxiety, 27*, 495–506.

Storch, E., Geffken, G., Merlo, L., Mann, G., Duke, D., Munson, M., et al. (2007). Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive–compulsive disorder: Comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*, 469–478.

Storch, E. A., Merlo, L. J., Larson, M. J., Geffken, G. R., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., et al. (2008). Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive–compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*, 83–92.

Storch, E. A., Khanna, M., Merlo, L. J., Loew, B. A., Franklin, M., et al. (2009). Children's Florida Obsessive Compulsive Inventory: Psychometric properties and feasibility of a self-report measure of obsessive–compulsive symptoms in youth. *Child Psychiatry and Human Development, 40* (3), 467–483.

Swedo, S. E., Leckman, J. F., & Rose, N. R. (2012). From research subgroup to clinical syndrome: Modifying the PANDAS criteria to describe PANS (pediatric acuteonset neuropsychiatric syndrome). *Pediatric Therapeutics, 2*, 2.

Swedo, S. E., Leonard, H. L., Garvey, M., Mittleman, B., Allen, A. J., Perlmutter, S., et al. (1998). Pediatric

autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: Clinical description of the first 50 cases. *American Journal of Psychiatry, 155*, 264–271.

Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H. L., Lenane, M., & Cheslow, D. (1989). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry, 46*, 335–341.

Thoren, P., Asberg, M., Chronholm, B., Jornestedt, L., & Traskman, L. (1980). Clomipramine treatment of obsessive–compulsive disorder: I. A controlled clinical trial. *Archives of General Psychiatry, 37*, 1281–1285.

Tolin, D. F., Maltby, N., Diefenbach, G. J., Hannan, S. E., & Worhunsky, P. (2004). Cognitive-behavioral therapy for medication nonresponders with obsessive–compulsive disorder: A wait-list-controlled open trial. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 922–931.

Tukel, R., Polat, A., Ozdemir, O., Aksut, D., & Turksov, N. (2002). Comorbid conditions in obsessive–compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 43*, 204–209.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy, 37*, 3–13.

Twohig, M., Hayes, S. C., Plumb, J., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., et al. (2010). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 705–716.

Valderhaug, R., Larsson, B., Gotestam, K. G., & Piacentini, J. (2007). An open clinical trial of cognitive-behaviour therapy in children and adolescents with obsessive– compulsive disorder administered in regular outpatient clinics. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 577–589.

Valleni-Basille, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., McKeown, R. E., Addy, C. L., et al. (1994). Frequency of obsessive–compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 782–791.

van Balkom, A. J., de Haan, E., van Oppen, P., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A., Vermeulen, A. W. A., et al. (1998). Cognitive and behavioral therapies alone and in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, 492–499.

van Minnen, A., & Hagenaars, M. (2002). Fear activation and habituation patterns as early process predictors of response to prolonged exposure treatment in PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 359–367.

Verdellen, C. W., Keijsers, G. P., Cath, D. C., & Hoogduin, C. A. (2004). Exposure with response prevention versus habit reversal in Tourette syndrome: A controlled study. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 501–511.

Vogel, P. A., Stiles, T. C., & Götestam, K. G. (20040. Adding cognitive therapy elements to exposure therapy for obsessive–compulsive disorder: A controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 32*, 275–290.

Warren, R., & Thomas, J. C. (2001). Cognitive-behavior therapy of obsessive–compulsive disorder in private practice: An effectiveness study. *Journal of Anxiety Disorders, 15*, 277–285.

Warwick, H. M., Clark, D. M., Cobb, A. M., & Salkovskis, P. M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry, 169* (2), 189–195.

Watts, F. N. (1973). Desensitization as an habituation phenomenon: II. Studies of interstimulus interval length. *Psychological Reports, 33*, 715–718.

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Lee, C. K., et al. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*(Suppl.), 5–10.

Whittal, M. L., Thordarson, D. S., & McLean, P. D. (2005). Treatment of obsessive–compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1559–1576.

Whittal, M. L., Woody, S. R., McLean, P. D., Rachman, S., & Robichaud, M. (2010). Treatment of obsessions: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 295–303.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) ha sido considerado el trastorno de ansiedad "básico" toda vez que, por definición, la ansiedad generalizada es un componente de otros trastornos de ansiedad y problemas relacionados. Se trata de un trastorno crónico, aunque se caracteriza por tener fluctuaciones marcadas. Algunos han pensado incluso que sería mejor considerar a la ansiedad generalizada como un trastorno de personalidad porque muchos individuos que presentan este problema no pueden indicar una edad definida de inicio, sino que advierten que ha estado presente toda su vida. Aunque se han hecho evaluaciones frecuentes de los tratamientos psicológicos y farmacológicos, estos no han producido grandes resultados, evidentes con otros trastornos de ansiedad, de ahí que resulte apremiante la investigación más a fondo de los nuevos protocolos de tratamiento. El protocolo que se presenta en este capítulo, desarrollado recientemente en nuestro centro por las Doctoras Roemer y Orsillo, ilustra una aproximación innovadora al trastorno de ansiedad generalizada que ha obtenido una elevada tasa de éxito en los ensayos iniciales. Este protocolo también ilustra, más que en cualquier otro capítulo de esta edición, los principios asociados con la llamada "tercera ola" de enfoques cognitivo-conductuales al tratamiento de los trastornos psicológicos. Los clínicos y estudiantes interesados en la manera en que este método se lleva a la práctica encontrarán particularmente fascinante el estudio de caso de "Héctor". D. H. R.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un trastorno de ansiedad crónica que, según el DSM-IV y el DSM-5 donde los criterios se mantuvieron sin cambio, se define esencialmente por la presencia de ansiedad y preocupación excesivas durante la mayor parte del tiempo en un periodo mínimo de seis meses (American Psychiatric Association, 1994, 2013). Los pacientes que cumplen los criterios para un diagnóstico de ansiedad generalizada reportan también dificultades para controlar su preocupación, así como tres o más síntomas asociados (tensión muscular, irritabilidad, inquietud o nerviosismo, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, cansancio y problemas

para dormir). Estudios epidemiológicos revelan una prevalencia permanente de 5.7% para trastorno de ansiedad generalizada, según los criterios del DSM-IV (Kessler *et al.,* 2005).

El trastorno de ansiedad generalizada se asocia con elevados niveles de comorbilidad con otros problemas psicológicos. Más de 90% de los pacientes que durante su vida cumplen los criterios de trastorno de ansiedad generalizada también los cumplen por lo menos para otro trastorno (Bruce, Machan, Dyck y Keller, 2001), y estudios prospectivos indican que el trastorno de ansiedad generalizada es un factor de riesgo específico para el desarrollo de otros trastornos de salud mental, en particular depresión mayor (Bruce *et al.,* 2001). El trastorno de ansiedad generalizada también se asocia con una disminución significativa en la calidad de vida (Hoffman, Dukes y Wittchen, 2008).

Además, los individuos con este trastorno hacen más visitas médicas al año que otros pacientes (Belanger, Ladouceur y Morin, 2005) y es más probable que busquen ayuda médica, en lugar de atención de salud mental, para sus síntomas (Wang *et al.,* 2005). De hecho, el trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad que más se encuentra entre los pacientes de atención primaria (Ballenger *et al.,* 2001), y el promedio de los costos médicos anuales por este problema es $2 138 dólares (más de $40 000 pesos mexicanos), más alto que para otros trastornos de ansiedad (promedio = $6 475; Revicki *et al.,* 2012). Dado que el trastorno de ansiedad generalizada se asocia con una multitud de problemas y enfermedades físicas, entre los que se incluyen síntomas de dolor (Romera *et al.,* 2010), problemas gastrointestinales (Mussell *et al.,* 2008) y enfermedades cardiacas (Logue, Thomas, Barbee y Hoehn-Saric, 1993), no sorprende que los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada muestren una tendencia al uso excesivo de los servicios médicos (Ballenger *et al.,* 2001) y a la subutilización los servicios psiquiátricos (Kennedy y Schwab, 1997).

Aunque anteriormente los criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada incluían síntomas de activación autónoma (p. ej., aceleración del ritmo cardiaco), varias líneas de investigación coincidieron en apoyar la eliminación de esos criterios en el DSM-IV. Un estudio a gran escala sobre los síntomas asociados que se reportaban indicó que el aval a los síntomas autónomos era mucho menor al de los síntomas de tensión muscular, vigilancia y escudriñamiento como los descritos antes (Marten *et al.,* 1993). Además, estudios fisiológicos revelaron que el trastorno de ansiedad generalizada se caracterizaba más por la disminución de la variabilidad del ritmo cardiaco que por el incremento en la activación autónoma (p. ej., Thayer, Friedman y Borkovec, 1996). Por último, estudios experimentales de la preocupación revelaron que preocuparse antes de ser expuesto a un estímulo temido produce menos activación autónoma que relajarse antes de la exposición a un estímulo temido (p. ej., Borkovec y Hu, 1990). En conjunto, esos estudios sugieren que la activación autónoma no es una característica necesaria del trastorno de ansiedad generalizada, y que el rasgo central que define al trastorno es la preocupación excesiva o el hecho de pensar continuamente en los peores escenarios que involucran sucesos futuros potenciales. Los estudios revelan que no existen diferencias en el contenido de la preocupación entre los individuos que

cumplían los criterios del trastorno de ansiedad generalizada y los que no lo hacían, salvo el hecho de que los primeros informaron preocuparse más por temas diversos, en particular cuestiones menores (p. ej., Roemer, Molina y Borkovec, 1997). Como se advirtió, los individuos con trastorno de ansiedad generalizada informan que les resulta difícil detener su preocupación una vez que ha iniciado, y con mucha frecuencia notan que preocuparse por un tema puede llevarlos a preocuparse por otro. Esos hallazgos y algunas observaciones sugieren que la preocupación es un hábito cognitivo y que los clientes que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada quedan atorados en ciclos de preocupación por una gran diversidad de temas que resulta difícil detener una vez que han iniciado. Todos los tratamientos cognitivo-conductuales para trastorno de ansiedad generalizada enfatizan la interrupción de este ciclo, aunque varían los métodos para lograrlo.

Estudios descriptivos del trastorno y la preocupación han revelado correlatos afectivos, cognitivos e interpersonales que pueden tener implicaciones importantes para el tratamiento. La investigación fundamental de Borkovec reveló que, según los autorreportes, la preocupación cumple una función de evitación porque se percibe que está asociada con la disminución de la probabilidad de sucesos negativos cuya tasa base ya era baja y por la reducción ya mencionada en la activación fisiológica (Borkovec, Alcaine y Behar, 2004), y los autorreportes indican que también funciona como una distracción de temas más emocionales (Borkovec y Roemer, 1995). Mennin y colaboradores demostraron que el trastorno de ansiedad generalizada se asocia con el autorreporte de déficits en la regulación emocional (p. ej., Mennin, Holaway, Fresco, Moore y Heimberg, 2007) y con limitaciones en la regulación implícita del procesamiento emocional (Erkin y Schatzberg, 2011). Estudios realizados en esta área también han revelado que el trastorno de ansiedad generalizada se asocia con el temor o malestar por la ansiedad (y otras emociones; Lee, Orsillo, Roemer y Allen, 2010; Mennis *et al.,* 2007), la preocupación por la preocupación (o metapreocupación; Wells, 2005), y la evitación habitual de experiencias internas (es decir, evitación experiencial; Lee *et al.,* 2010). Además, en una muestra clínica se encontró una asociación exclusiva de la preocupación y el trastorno de ansiedad generalizada con la percepción de incontrolabilidad de las reacciones emocionales, más allá de la varianza compartida con otros predictores cognitivos del trastorno de ansiedad generalizada (Stapinski, Abbott y Rapee, 2010). Otras investigaciones también documentan la asociación entre el trastorno de ansiedad generalizada y la intolerancia a la incertidumbre (la tendencia a responder de manera negativa a sucesos y situaciones inciertas; Gentes y Ruscio, 2011), incluyendo un estudio experimental que demuestra que la manipulación de la incertidumbre da lugar a una mayor preocupación (Ladouceur, Gosselin y Dugas, 2000). El trastorno de ansiedad generalizada también se asocia con problemas interpersonales (Przeworski *et al., 2011),* incluyendo el aumento de los problemas matrimoniales (Whisman, 2007).

RESUMEN DE LA EVIDENCIA RELACIONADA CON LOS TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Metaanálisis revelan que las terapias cognitivo-conductuales son eficaces para el trastorno de ansiedad generalizada, con tamaños del efecto grandes que se mantienen en los periodos de seguimiento (Borkovec y Ruscio, 2001; Covin, Ouimet, Seeds y Dozois, 2008), y con evidencia de eficacia comparativa sobre la terapia no directiva (Borkovec y Costello, 1993). Dentro de las terapias cognitivo-conductuales, un metaanálisis reveló efectos comparables de las terapias cognitiva y de relajación en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (Siev y Chambless, 2007). Sin embargo, el trastorno de ansiedad generalizada sigue siendo uno de los trastornos de ansiedad en que los tratamientos tienen menos éxito (Waters y Craske, 2005), y la mayoría de los estudios indican que menos de 65% de los clientes cumplen los criterios de un funcionamiento adecuado en el postratamiento (Ladouceur *et al.,* 2000; Newman *et a.,* 2011).

Como se vio, la investigación reciente ha perfeccionado y ampliado la comprensión del trastorno de ansiedad generalizada en un esfuerzo por identificar los factores causales y de mantenimiento a los que debe dirigirse la terapia para mejorar su eficacia (véase Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman y Staples, 2009). Ensayos controlados aleatorizados recientes, que tienen fundamento en esos modelos, indican que concentrarse en los aspectos interpersonales y emocionales del trastorno (Newman *et al.,* 2011), así como en la intolerancia a la incertidumbre (Dugas *et al.,* 2010), arroja efectos comparables a las terapias cognitivo-conductuales existentes para el trastorno de ansiedad generalizada. Un pequeño estudio piloto encontró que enfocarse en la metacognición (p. ej., la metapreocupación) en el trastorno de ansiedad generalizada (Wells *et al.,* 2010) producía mejores resultados que la relajación aplicada; sin embargo, las muy bajas tasas de respuesta a este tipo de relajación, aunadas al pequeño tamaño de la muestra, indican la necesidad de mayor investigación que confirme este hallazgo. En la actualidad se realiza un ensayo que pretende examinar la eficacia de la terapia de regulación emocional para el trastorno de ansiedad generalizada (Mennin y Fresco, en prensa).

Se desarrolló la terapia conductual con base en la aceptación descrita en este capítulo (que, como se describe más adelante, se enfoca explícitamente en la reactividad a [la angustia por] las experiencias internas y en la evitación conductual y experiencial) en un esfuerzo por definir mejor al trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos comórbidos. Se usa el término "terapia conductual basada en la aceptación" (ABBT; Roemer y Orsillo, 2009) para hacer referencia a la amplia categoría de terapias con base en la teoría cognitivo-conductual que de manera explícita incorporan métodos para promover la aceptación de las experiencias internas (p. ej., terapia de aceptación y compromiso [ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 2012]; terapia conductual dialéctica [DBT; Lineham, 1993]; terapia cognitiva con base en mindfulness [MBCT; Segal, Williams y Teasdale, 2002]). Esta terapia conductual con fundamento en la aceptación para el trastorno de ansiedad generalizada, que se inspira tanto en esos tratamientos como en la

terapia cognitivo-conductual propuesta por Borkovec para dicho trastorno (Borkovec y Sharpless, 2004), fue evaluada en un ensayo abierto y en dos ensayos controlados aleatorizados. El ensayo abierto reveló efectos significativos tanto en la gravedad del trastorno calificada por el clínico, como en el autorreporte de preocupación, ansiedad y síntomas depresivos (Roemer y Orsillo, 2007). De igual manera, un ensayo controlado aleatorizado con lista de espera reveló efectos significativos importantes en los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada y en síntomas depresivos reportados tanto por el paciente como por el clínico (Roemer, Orsillo y Salters-Pedneault, 2008). En otros diagnósticos calificados por el clínico y en la calidad de vida autorreportada surgieron efectos medios marginalmente significativos. También aparecieron efectos significativos en el autorreporte de mindfulness y la evitación de la experiencia, dos mecanismos de cambio propuestos en el tratamiento. Todos los efectos se mantenían en un seguimiento hecho a los nueve meses. De quienes recibieron tratamiento en el postratamiento, 77% cumplió los criterios de funcionamiento final adecuado (cayendo así en el rango normativo de la mayoría de las mediciones de ansiedad); con el tiempo esta proporción se incrementó ligeramente (aunque de manera no significativa). En este ensayo, la terapia conductual con base en la aceptación tuvo un impacto significativo en las variables del resultado que otros modelos consideran centrales para el trastorno de ansiedad generalizada (déficits de regulación emocional, intolerancia a la incertidumbre y control percibido de los sucesos relacionados con la ansiedad; Treanor, Erisman, Salters-Pedneault, Roemer y Orsillo, 2011). Un ensayo reciente que comparó la terapia conductual con base en la aceptación con la relajación aplicada, tratamiento empírico para el trastorno de ansiedad generalizada, reveló efectos comparables en síntomas del trastorno calificados por el clínico y reportados por el paciente, diagnósticos comórbidos calificados por el clínico, y en síntomas depresivos y calidad de vida reportados por el paciente (Hayes-Skelton, Roemer y Orsillo, 2013). Una gran cantidad de pacientes en ambas condiciones cumplieron los criterios de funcionamiento final adecuado (algunas de las tasas más altas reportadas en la literatura para ambas condiciones), y las ganancias se mantenían en un seguimiento realizado a los seis meses. Por último, existe evidencia de que la terapia conductual con base en la aceptación funciona por medio de los mecanismos propuestos. Los cambios observados sesión a sesión en la aceptación de las experiencias internas y la participación en actividades significativas predecían mejor el resultado que el cambio en la preocupación (Hayes, Orsillo y Roemer, 2010).

Un estudio reciente que comparó la eficacia relativa de la terapia de aceptación y compromiso con la terapia cognitivo-conductual en una muestra de ansiedad mixta reveló efectos comparables en toda la muestra (Arch *et al.,* 2012). Aunque el tamaño pequeño de la submuestra con el trastorno de ansiedad generalizada impidió hacer análisis dentro del subgrupo, el examen de las medias sugirió la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso para reducir los síntomas del trastorno autorreportados y calificados por el clínico.

En conjunto, esos hallazgos sugieren que los tratamientos psicosociales para el trastorno de ansiedad generalizada son eficaces y que las adaptaciones de la terapia

cognitivo-conductual enfocadas en características del trastorno identificadas empíricamente son prometedoras. Como con todos los tratamientos con base en la teoría conductual, se requiere una conceptualización bien desarrollada del caso como punto de partida para el uso eficaz de tratamientos con base en la evidencia con un cliente específico.

MODELO CONDUCTUAL CON BASE EN LA ACEPTACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El modelo conductual con base en la aceptación del trastorno de ansiedad generalizada tiene fundamento en la teoría conductual del aprendizaje. En congruencia con otras teorías, se propone que los individuos con trastorno de ansiedad generalizada desarrollan el hábito de preocuparse al anticipar de manera reiterada peligros y amenazas potenciales, un hábito que se fortalece por la repetición y sus consecuencias consolidantes. Este proceso de preocupación es reforzado negativamente por la ausencia de los resultados temidos y la disminución en la activación fisiológica que es una consecuencia positiva de involucrarse en la preocupación nuevamente (Borkovec *et al.,* 2004).

Además, los individuos con trastorno de ansiedad generalizada llegan a asociar estados funcionales y universales -como temor, ansiedad, otras respuestas emocionales e incluso la preocupación- con características personales negativas; como resultado, estos individuos responden con críticas y juicios a los pensamientos y estados emocionales relacionados con la ansiedad. En un intento por evitar o escapar de la incómoda e indeseable experiencia de la preocupación y la autoevaluación negativa asociada, los individuos con trastorno de ansiedad generalizada se involucran en conductas potencialmente peligrosas que si bien interfieren con la calidad de vida, en el corto plazo ofrecen alivio de la activación y el afecto negativo.

Inspiradas en décadas de investigación del trastorno de ansiedad generalizada, otros trastornos de ansiedad y modelos más amplios de la psicopatología (p. ej., Hayes *et al.,* 2012), se propone que las siguientes tres conductas aprendidas contribuyen al desarrollo y mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada.

Reaccionar a las experiencias internas con angustia, críticas y juicios (lo que lleva a enredarse/fusionarse)

Uno de los hallazgos más consistentes y aleccionadores surgidos en el campo de los trastornos de ansiedad ha sido que la experiencia de ansiedad o temor (p. ej., sensaciones de pánico, pensamientos preocupados, imágenes catastróficas, recuerdos dolorosos recurrentes) no es evidencia del trastorno en sí misma. Más bien, las reacciones a esos síntomas, o la "reacción a nuestras reacciones" (Borkovec y Sharpless, 2004) exacerban su intensidad y duración, ocasionan angustia e interfieren con la calidad de vida, lo que da lugar al diagnóstico de un trastorno de ansiedad. Un ensayo reciente documentó la importancia crucial de las "reacciones a nuestras reacciones" para el concepto de los trastornos psicológicos. En un estudio del protocolo unificado para los trastornos emocionales se encontró que los cambios en la **reactividad** a las emociones predecían la varianza única en todas las variables de resultado mucho mejor que los cambios en la **frecuencia** de las respuestas emocionales (Sauer-Zavala *et al.,*2012; en este volumen véase capítulo 6 de Payne, Ellard, Farchione, Fairholme y Barlow).

Cada vez son más las investigaciones que documentan que los individuos con trastorno

de ansiedad generalizada reportan una mayor sensibilidad a la ansiedad (p. ej., temor a las sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad; Olatunji y Wolitzky-Taylor, 2009), reactividad negativa a sus respuestas emocionales (p. ej., Lee *et al.,* 2010; Mennin *et al.,* 2007) y preocupación por su propia preocupación (Wells, 2005). Además, la ansiedad concentra la atención (externa e interna) en la amenaza potencial (Cisler y Koster, 2010), lo que probablemente exacerba esas reacciones y a su vez es fortalecido por la reactividad, perpetuando aún más los ciclos de respuesta ansiosa. Esas reacciones pueden llevar a los individuos a quedar enredados (Germer, 2005) o "enganchados" (Chodron, 2007) en sus experiencias de ansiedad y preocupación, por lo que la ansiedad llega a parecer una condición autodefinida y universal. En lugar de ver a la ansiedad como una respuesta provocada en un contexto particular, los individuos llegan a definirse como "ansiosos", lo que fusiona su identidad con dichas experiencias (p. ej., Hayes *et al.,* 2012). Por consiguiente, la reactividad negativa puede evolucionar en juicios personales negativos ("¡Soy tan débil!", "Los demás no se preocupan tanto como yo"), lo que a su vez puede aumentar la ansiedad y la preocupación.

Quedar enredado o fusionado con las experiencias internas hace mucho más difícil percibir cómo aumentan, disminuyen y cambian de manera natural esos pensamientos, sentimientos y sensaciones con el paso del tiempo. También puede interferir con la capacidad de la persona para entender y responder de manera efectiva a los estados emocionales, lo que da lugar a experiencias difusas de angustia que no ofrecen información motivacional clara. Cuando el miedo, ansiedad y preocupación se perciben como angustiantes, definitorios e implacables, es natural que provoquen intentos de escape y evitación.

Intentos rígidos de evitar el malestar interno

Tratar de no pensar, sentir o recordar algo angustiante es una respuesta natural.

En ocasiones, todos usamos estrategias para desviar la atención del malestar interno y dirigirla a la tarea que nos ocupa. Pero estudios experimentales muestran que los esfuerzos rígidos y repetidos de sacar de nuestra mente pensamientos, sentimientos, sensaciones o recuerdos (p. ej., la evitación experiencial; Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996) suelen fracasar y de hecho pueden incrementar los pensamientos, sentimientos o sensaciones angustiantes (p. ej., Gross, 2002; Levitt, Brown, Orsillo y Barlow, 2004; Najmi y Wegner, 2008).

Además, la instrucción de esforzarse en no pensar en situaciones puede aumentar la ansiedad reportada asociada con la situación objetivo (Roemer y Borkovec, 1994), lo cual sugiere que la evitación experiencial incrementa el malestar relacionado con pensamientos y emociones. En conjunto, esos estudios sugieren que los esfuerzos rígidos por evitar pensamientos, sentimientos, sensaciones y recuerdos angustiantes puede incrementar la frecuencia de esas experiencias, así como el malestar asociado con ellas, lo que fortalece aún más el ciclo de reactividad y evitación. Es probable que los esfuerzos de la evitación de la experiencia disminuyan el malestar en el corto plazo, por lo menos en algunas ocasiones, lo que da lugar al reforzamiento negativo inmediato y fortalece aún

más esta respuesta habitual.

Los reportes de evitación de la experiencia se asocian con diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada, incluso más allá de la varianza compartida con síntomas depresivos (Lee *et al.,* 2010). Además, como se describió antes, estudios experimentales demuestran que la preocupación por sí misma cumple una función de evitación experiencial al disminuir la activación fisiológica en respuesta a los estímulos temidos y al distraer a los individuos de temas más angustiantes (Borkovec *et al.,* 2004).

Evitación y restricción conductual

Las reacciones a las experiencias internas y la evitación rígida de la experiencia no sólo se alimentan mutuamente en un ciclo que escala de manera continua, de manera natural también llevan a la evitación de contextos que provocan ansiedad u otras experiencias de malestar. La evitación conductual es una característica central de otros trastornos de ansiedad, pero por lo general ha sido pasada por alto en el trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, los individuos con este trastorno a menudo evitan ciertas situaciones, y dedican mucho tiempo a prepararse para ellas, postergan o aplazan tomar decisiones, o buscan consuelo, todo en un esfuerzo por evitar angustia, ansiedad y, o incertidumbre (Andrews *et al.,* 2010). Los clientes con trastorno de ansiedad generalizada informan que participan menos que los controles en situaciones valoradas (es decir, dedican menos tiempo a lo que les resulta personalmente significativo) (Michelson *et al.,* 2011).

A nivel clínico los clientes con trastorno de ansiedad generalizada muestran diversas conductas de evitación. En ocasiones la evitación es manifiesta, como cuando un cliente no intenta conseguir una cita o una promoción en el trabajo debido a ansiedad, miedo al rechazo o preocupación. Otras veces, clientes que parecen involucrados en conductas importantes (p. ej., asumir retos en el trabajo, compartir actividades con los hijos) pueden reportar que en lugar de prestar atención a lo que están haciendo sienten una preocupación constante por lo que les espera. Borkovec identificó este enfoque en el futuro más que en el presente como una característica central del trastorno de ansiedad generalizada (p. ej., Borkovec y Sharpless, 2004), y la investigación indica asociación del trastorno de ansiedad generalizada y preocupación con reportes de una disminución en mindfulness (la consciencia del momento actual; Roemer *et al.,* 2009). Pensar de manera continua en lo que podría salir mal en el futuro puede llevar a los clientes a sentirse espectadores de su propia vida: a comprometerse de manera conductual, pero no emocional, en las acciones que les importan.

Este modelo conceptual destaca tres objetivos para la intervención en el tratamiento de clientes con trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos comórbidos: (1) formas problemáticas de relacionarse con las experiencias internas; (2) estrategias rígidas dirigidas a la evitación experiencial, y (3) restricción o evitación de acciones significativas. A partir de este modelo, las metas de la terapia conductual con base en la aceptación son: (1) cultivar una consciencia **amplificada** (en lugar de estrecha) y una actitud **compasiva** (en lugar de crítica y sentenciosa) y **descentrada** (en lugar de enredada y fusionada)

hacia las experiencias internas; (2) incrementar la aceptación/disposición a tener experiencias internas; y (3) involucrarse de manera consciente en conductas personalmente significativas.

APLICACIÓN DE LA TERAPIA CONDUCTUAL BASADA EN LA ACEPTACIÓN

Contexto para la terapia

El primer estudio de caso de la terapia conductual basada en la aceptación tuvo lugar en un formato de grupo (Orsillo, Roemer y Barlow, 2003). Aunque los clientes se beneficiaron del contexto del grupo dijeron que deseaban un enfoque más individualizado que los ayudara a esclarecer sus valores (es decir, lo que les importaba) y a aplicar el tratamiento a sus contextos específicos. Como resultado, todos los ensayos subsecuentes han usado la terapia individual, aunque se considera que la modalidad del tratamiento puede adaptarse para que se ajuste mejor a escenarios específicos. De hecho, un estudio reciente encontró que una versión grupal de este protocolo dio lugar a reducciones significativas de la ansiedad, preocupación y síntomas de ansiedad generalizada autorreportados en un escenario comunitario (Heatherington *et al.,* 2013). Además, varios elementos de la terapia conductual con base en la aceptación (p. ej., información psicológica, práctica de mindfulness, compromiso con la acción valorada) se han empleado de manera efectiva en escenarios grupales en otras aproximaciones relacionadas al tratamiento (p. ej., Evans *et al.,* 2008; Kocovski, Fleming y Rector, 2009).

Dada la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en contextos de atención primaria, es de interés especial adaptar el tratamiento de modo que pueda utilizarse como parte de la atención primaria integral.

Para tal fin se escribió un libro de autoayuda que puede ser benéfico en este contexto (Orsillo y Roemer, 2011), aunque a la fecha ningún estudio ha examinado su efectividad. Los talleres breves (p. ej., Blevins, Roca y Spencer, 2011; Brown *et al.,* 2011) también pueden ser una modalidad útil para dar a conocer el modelo conceptual y hacer sugerencias de actividades valoradas en contextos en que la terapia individual es menos factible por restricciones económicas o de tiempo.

Características del terapeuta

Un aspecto crucial de la terapia conductual con base en la aceptación involucra modelar la aceptación de experiencias emocionales intensas. Por consiguiente, para tener éxito los terapeutas deben ser capaces de tolerar emociones fuertes y transmitir aceptación a sus clientes. De igual modo, los profesionales que practican la terapia conductual con base en la aceptación de manera continua deben validar y expresar compasión a los clientes que sufren angustia, de modo que eso les brinde un ejemplo de que podrían dar una respuesta diferente a sus propias experiencias y reducir el ciclo de reactividad y evitación que contribuye al mantenimiento de sus síntomas. Esas características, combinadas con una clara comprensión del modelo y de la forma de aplicarlo a casos específicos, ayuda a los terapeutas a desarrollar una alianza positiva de trabajo, condiciones que en el ensayo más reciente hicieron predicciones significativas del resultado (Sorenson, Hayes, Skelton,

Roemer y Orsillo, 2012).

Como se describe más adelante, la terapia conductual con base en la aceptación supone una aplicación flexible que permite a los terapeutas adaptar su enfoque, las estrategias empleadas y las tareas asignadas entre sesiones, para ajustar el tratamiento al contexto de los clientes. Por definición, la flexibilidad es una característica importante del terapeuta. En un pequeño estudio cualitativo que formó parte del ensayo con control aleatorio, se entrevistó a clientes que habían sido identificados con antecedentes de marginación en términos de raza, origen étnico, orientación sexual, posición socioeconómica o religión. Los clientes identificaron la flexibilidad de su terapeuta como un factor de la utilidad que atribuían al tratamiento y al ajuste del mismo con su contexto particular (Fuchs *et al.,* 2012).

Características del cliente

En los estudios que se han realizado sobre la aplicación de la terapia conductual con base en la aceptación al trastorno de ansiedad generalizada se incluyeron muy pocos criterios de exclusión para maximizar la posibilidad de generalizar los hallazgos. Es muy frecuente que los clientes presenten diagnósticos comórbidos, por lo general depresión mayor y trastornos de ansiedad, como el de ansiedad social. Dado que la terapia conductual con base en la aceptación se enfoca en los mecanismos que probablemente también estén detrás de esos otros trastornos, el tratamiento puede tener un impacto positivo en esas condiciones comórbidas (p. ej., Roemer *et al.,* 2008). Sin embargo, fuera de las restricciones de protocolo de la terapia, se recomienda que, cuando esté indicado, se integren los elementos de los métodos con base en la evidencia (p. ej., activación conductual, exposición). Los trastornos que se descartaron en ensayos con control aleatorio, principalmente porque requieren tratamientos específicos, incluyen dependencia de drogas, trastorno bipolar, esquizofrenia y trastornos del espectro autista. Por consiguiente, no se puede determinar el impacto de la terapia conductual con base en la aceptación en esas presentaciones comórbidas.

A la fecha sólo se ha explorado de forma preliminar predictores potenciales de respuesta a la terapia conductual con base en la aceptación. Los datos sugieren que el resultado no es anticipado de manera significativa por factores como género, edad, gravedad del trastorno de ansiedad generalizada, frecuencia e intensidad de la preocupación, síntomas depresivos y diagnósticos comórbidos (Orsillo, Roemer y Salters-Pedneault, 2008).

Tal como sucede en la mayoría de los tratamientos con base en la evidencia, se necesita mucha más investigación para identificar los beneficios que podría tener la terapia conductual con base en la aceptación para personas de antecedentes culturales marginados o no dominantes. Un metaanálisis arrojó resultados prometedores en general para estas terapias (Fuchs, Lee, Roemer y Orsillo, 2013). El cualitativo reveló que los clientes con antecedentes de marginación por lo general encontraban útil esta forma de terapia (Fuchs *et al.,* 2012). En particular, los clientes señalaron que la flexibilidad del terapeuta y el enfoque en una vida valorada facilitó su compromiso con el tratamiento y

los ayudó a encontrarlo relevante. Sin embargo, algunos clientes dijeron que para ellos fue una barrera la poca flexibilidad del terapeuta o la imposibilidad de conectar con ejercicios específicos de mindfulness.

Una preocupación expresada a menudo es que el mindfulness podría no ser aceptado por clientes que se identifican fuertemente con una religión no budista. No obstante, los ejercicios de mindfulness pueden adaptarse de modo que coincidan con las prácticas de religiones específicas (Sobczak y West, 2013) toda vez que este tipo de atención forma parte de muchas tradiciones religiosas, como la práctica contemplativa del cristianismo occidental (Dimidjian y Linehan, 2009). Se requiere más trabajo para explorar la mejor forma de adaptar la terapia conductual con base en la aceptación a clientes de antecedentes diversos así como la mejor manera de emplear sus estrategias para abordar fuentes contextuales de estrés como discriminación y falta de recursos (Lee, Fuchs, Roemer y Orsillo, 2009; Sobczak y West, 2013).

Tratamiento farmacológico concurrente

Aunque el uso de medicamentos es la forma más común de tratar el trastorno de ansiedad generalizada (Issakidis, Sanderson, Corry, Andrews y Lapsley, 2004) y suele considerarse la primera opción de tratamiento (Katzman, 2009), la evidencia en apoyo al impacto clínico sostenido de la farmacoterapia es limitada (Davidson, Bose, Korotzer y Zheng, 2004; Gelenberg *et al.,* 2000; Rickels *et al.,* 2003). La magnitud de los cambios en el trastorno de ansiedad generalizada que se asocian con tratamiento farmacológico fluctúa de moderado a pobre (Hidalgo, Tupler y Davidson, 2007). Además, las intervenciones farmacológicas pueden producir efectos secundarios adversos (Katzman, 2009) y son menos rentables que aproximaciones psicoterapéuticas como la terapia cognitivo-conductual (Heuzenroeder *et al.,* 2004).

En los ensayos clínicos participaron clientes estabilizados con medicamentos. En la terapia conductual con base en la aceptación se considera que los medicamentos son una de varias formas de disminuir la intensidad de las reacciones internas, por lo que es mas fácil aceptarlas, tener compasión por uno mismo y participar en acciones importantes. De este modo, puede resaltarse una función de los medicamentos para la no evitación de la experiencia (ayudan a involucrarse de manera plena con la vida y aceptar lo que venga), lo que hace que su uso sea congruente con el resto del tratamiento.

Resumen de los elementos del tratamiento

Para desarrollar la conceptualización del caso que guía la aplicación flexible de los elementos del tratamiento, se evaluaron los síntomas, el contexto y los tres componentes del modelo.

SÍNTOMAS

La evaluación de la ansiedad y otros síntomas relacionados del cliente ofrece información útil acerca de los objetivos del cambio, a la vez que apoya la meta terapéutica de cambiar la relación del cliente con la ansiedad. La evaluación de los pensamientos, sentimientos,

sensaciones físicas y conductas relacionadas con la ansiedad, los contextos en que suele presentarse y la frecuencia y gravedad de los síntomas contribuye a que los clientes empiecen a observar con mayor precisión elementos específicos de sus respuestas de ansiedad. El automonitoreo continua de los síntomas diarios de ansiedad, así como el recuerdo imaginario diario, hacen una evaluación más exacta de los síntomas específicos que el reporte general, ya que los clientes que de manera habitual evitan o suprimen su ansiedad no tienen una percepción de su frecuencia, duración o variabilidad a lo largo del tiempo. También pueden emplearse instrumentos breves pero específicos de autorreporte (p. ej., las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés; Lovibond y Lovibond, 1995: o los Cuestionarios de Preocupación del Estado de Pensilvania que evalúan el rasgo, Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990; Stöber y Bittencourt, 1998) para obtener mediciones de línea base de los síntomas o para monitorear cada semana las fluctuaciones en los síntomas.

Pueden utilizarse entrevistas clínicas semiestructuradas como el Programa de Entrevista para los Trastornos de Ansiedad (Di Nardo *et la.,* 1994) para identificar los trastornos principal y comórbido y guiar la elección y énfasis de las estrategias específicas del tratamiento. La depresión es un blanco importante de la evaluación, lo mismo que otros problemas clínicos como los trastornos alimentarios y los de consumo de drogas, que pueden indicar estrategias específicas de evitación en las que debe enfocarse el tratamiento.

REACCIONES A LAS EXPERIENCIAS INTERNAS

Evaluar cómo responden los clientes a sus síntomas de ansiedad y, de manera más general, a sus experiencias internas (p. ej., pensamientos, emociones, sensaciones y recuerdos) contribuye a la conceptualización del caso. Los terapeutas pueden plantear preguntas como "¿Qué pensamientos, sentimientos y sensaciones experimenta cuando se percata de que empieza a preocuparse?" **"**¿Se sorprende teniendo pensamientos críticos por sus experiencias de ansiedad?", y "¿Qué tipos de pensamientos tiene?" o utilizar instrumentos de autorreporte que registren esos constructos. Un objetivo importante de la intervención son las críticas, los juicios y la reactividad de los clientes en respuesta a sus pensamientos y sentimientos. La identificación de la reactividad a las emociones y la autocrítica puede ser facilitada por el uso de instrumentos como la Escala de Control Afectivo (Williams, Chambless y Ahrens, 1997), que mide el malestar en respuesta a la ansiedad, depresión, enojo y emociones positivas, así como la Escala de Autocompasión (Neff, 2003).

EVITACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Los terapeutas también evalúan las estrategias usadas por el cliente en un intento por suprimir, evitar o cambiar las experiencias internas (Hayes *et al.,* 1996). Las estrategias de evitación de la experiencia pueden ser internas, como la supresión del pensamiento o la emoción (Gross y Levenson, 1997; Najmi y Wegner, 2008) o externas, como consumir drogas, lastimarse o restringir la alimentación. Para conocer las estrategias de evitación

los terapeutas pueden preguntar a los clientes lo que hacen para tratar de controlar su angustia o ansiedad. Es más probable que las estrategias utilizadas de manera automática o rígida provoquen incrementos paradójicos en angustia y síntomas. Es necesario que los clientes distingan entre los esfuerzos por modular o regular el malestar emocional y los esfuerzos rígidos por evitarlo; a menudo la diferencia se hace evidente en lo que sucede luego de poner en práctica la estrategia. La primera puede resultar benéfica y, si se usa de manera flexible, puede ser una fortaleza sobre la cual se construya en la terapia, mientras que es más probable que la segunda aumente el malestar y la interferencia. Por ejemplo, una cliente con la que se trabajó dijo que para sacarse la preocupación de la cabeza salía a caminar. Cuando la terapeuta le preguntó lo que hacía al regresar, dijo que podía concentrarse mejor en sus hijos y disfrutar el tiempo juntos. Por otro lado, otra cliente que dijo que para distraerse de sus preocupaciones solía ver la televisión, añadió que en cuanto apagaba el televisor volvían a inundarla los pensamientos de preocupación, por lo que tenía que ver televisión durante horas en lugar de hacer las actividades que había planeado durante el día. Mientras que los paseos de la primera cliente podían incorporarse al tratamiento como una forma de cuidar de sí y de ayudarse a lidiar de manera más eficiente con sus hijos, en el caso de la segunda cliente, las terapeutas podrían ayudarla a desarrollar formas alternativas de responder a la ansiedad. El Cuestionario de Aceptación y Acción (Bond *et al.,* 2011) puede ser útil para identificar las estrategias de evitación de la experiencia, mientras que la Escala de Dificultades en la Regulación de la Emoción (Gratz y Roemer, 2004) evalúa de manera más amplia la regulación de la emoción.

RESTRICCIÓN CONDUCTUAL

Los terapeutas también deben evaluar el funcionamiento de los clientes en su vida diaria y cómo interfieren la ansiedad y la preocupación. Inspiradas en la terapia de aceptación y compromiso (Wilson y Murrell, 2004), se debe prestar particular atención a la medida en que los clientes hacen lo que es importante para ellos (es decir, lo que valoran). Para ello se utiliza el Cuestionario de Vida Valorada (Wilson, Sandoz, Kitchens y Roberts, 2010), y se invita a los clientes a que describan cómo interfiere la ansiedad en sus relaciones, desempeño escolar, laboral y doméstico, autocuidado y participación en la comunidad. Esto no sólo ofrece información importante sobre el funcionamiento actual, sino también un objetivo y motivación para que el tratamiento los ayude a llevar vidas más plenas y significativas. Esta evaluación suele ser un primer paso importante para que la meta de la terapia cambie de la disminución de la ansiedad al mejoramiento de la vida.

CONTEXTO E HISTORIA

Igual que en todos los métodos de tratamiento, es importante evaluar el contexto que rodea al cliente. Los terapeutas necesitan conocer cómo el cliente entiende (así como su familia y amigos) su ansiedad, además de la historia de sus síntomas y otros problemas que presente. Los terapeutas también deben explorar la identidad cultural del cliente, y prestar atención a fuentes de afrontamiento y fortaleza específicas a su cultura, así como

a los estresores contextuales que pueda enfrentar. Esto ayuda a establecer rapport y a validar la experiencia del cliente, además de construir la fortaleza de la alianza terapéutica. Esta información también ayuda al terapeuta a asegurar que el tratamiento avanza de una forma receptiva y sensible a la cultura (D. W. Sue y Sue, 2012; S. Sue, 1998).

Esta evaluación exhaustiva establece las condiciones para los elementos del tratamiento dirigidos a (1) cultivar y ampliar (en lugar de estrechar) la consciencia y una actitud hacia las experiencias internas que sea compasiva (en lugar de crítica y sentenciosa) y descentrada (en lugar de enredada y fusionada); (2) aumentar la aceptación y disposición a tener experiencias internas; y (3) involucrarse conscientemente en conductas con significado personal.

Relación terapéutica

La relación terapéutica ofrece un contexto importante para el cambio terapéutico. En la terapia conductual con base en la aceptación el terapeuta ofrece aceptación y compasión, lo que permite que los clientes empiecen a mostrar una reacción diferente hacia sus experiencias internas. Los terapeutas validan explícitamente la humanidad y naturalidad de todas las respuestas compartidas por los clientes, destacan que la estructura biológica y la historia de aprendizaje pueden llevar fácilmente a respuestas ansiosas y a otras reacciones emocionales, así como la posibilidad de que incluso los pensamientos "irracionales" se aprendan de las influencias sociales y familiares.

Por ejemplo, cuando un cliente comentó en una sesión que sabía que no tenía que preocuparse por una entrevista de trabajo, su terapeuta respondió que la ansiedad previa a una entrevista es una respuesta muy natural toda vez que realmente desea el puesto y que tenemos la predisposición a temer el rechazo social. Esta respuesta modeló una reacción diferente a su ansiedad y fue el primer paso en el desarrollo de una respuesta nueva y menos autocrítica.

Puede ser difícil empatizar con algunos clientes y validarlos, sobre todo cuando son hostiles o indolentes. Entender la historia de aprendizaje que produce y mantiene esas conductas difíciles pero a la vez, en cierto modo, funcionales, ayuda a los terapeutas a mostrar compasión. Cuando un terapeuta expresa una genuina compasión por un cliente suelen cambiar sus reacciones, por lo menos un poco, lo que brinda más oportunidades de conexión, validación, empatía y mayor cambio.

Otro desafío para la alianza terapéutica puede surgir de las diferencias en los aspectos de identidad entre cliente y terapeuta (p. ej., edad, género, raza, religión, origen étnico, orientación sexual, estatus migratorio o clase social; Hays, 2008; D. W. Sue y Sue, 2002). Hablar sobre las diferencias potenciales al inicio de la terapia ofrece la oportunidad para una comunicación abierta acerca de fuentes potenciales de malentendidos, y puede lograr que el cliente se sienta más cómodo al sacar a colación cualquier problema que surja en el curso de la terapia. Los terapeutas tienen la responsabilidad de informarse sobre el contexto cultural de un cliente a la vez que permanecen sensibles a cada una de las experiencias y contextos de su vida, esto con el

fin de considerar el papel que juegan los factores culturales y sistémicos en las respuestas del cliente y utilizarlos para fomentar el crecimiento y la adaptación positiva. Al comunicar consciencia y sensibilidad, las propias áreas de relativo privilegio del terapeuta pueden contribuir también a una alianza terapéutica más sólida.

Psicoeducación

Igual que en otras terapias cognitivo conductuales, la psicoeducación es un componente importante de la terapia conductual con base en la aceptación. Los terapeutas utilizan manuales para presentar conceptos, en especial durante la primera mitad de la terapia (en la segunda fase del tratamiento pueden revisar esos conceptos según lo vayan necesitando). Para asegurar la pertinencia del material, los terapeutas utilizan ejemplos de la vida del cliente para ilustrar cada concepto (para lo cual se basan en los formatos de monitoreo, material de evaluación o en los ejemplos proporcionados específicamente por el cliente).

La psicoeducación empieza con una revisión de la naturaleza del miedo, ansiedad y preocupación (incluyendo el análisis de la función de la preocupación), que es seguida por la exploración más amplia de la función de las emociones, en la que se destaca la naturaleza habitual de las respuestas emocionales y la forma en que la repetición fortalece esos hábitos mientras que la interrupción puede debilitarlos. Los terapeutas informan a los clientes sobre la inclinación natural a evitar señales de dolor o amenaza, así como las dificultades y costos asociados con los intentos rígidos de controlar las experiencias internas y de evitar las situaciones que generan ansiedad. También hacen una distinción entre las emociones limpias (que ofrecen información sobre una respuesta a un contexto actual) y las emociones claras (que pueden ser difusas, confusas, residuales o de mayor duración). También describen las habilidades de mindfulness, advirtiendo específicamente las formas en que pueden emplearse para aclarar las respuestas emocionales y mejorar la participación en las actividades que se valoran.

La psicoeducación explica la lógica del resto del tratamiento, alienta la participación en conductas que requieren mucho tiempo (p. ej., prácticas de mindfulness) o esfuerzo (p. ej., participar en actividades valoradas). También puede ayudar a promover una nueva relación con las experiencias internas por sí mismas. Darse cuenta de que las emociones pueden volverse turbias y abrumadoras como resultado de una serie de procesos comprensibles (p. ej., no haber dormido lo suficiente, seguir sintiendo enojo por una pelea anterior con un compañero) puede disminuir la tendencia al juicio y la autocrítica, lo que a su vez reduce la reactividad y la turbiedad. Para algunos clientes, la psicoeducación conduce por sí misma a participar en nuevas conductas y aprendizajes que promueven respuestas de aceptación a las experiencias internas y mayor compromiso con la vida. Sin embargo, a menudo se requiere que el aprendizaje de la experiencia complemente esta estrategia clínica.

Cuando se presenta información psicoeducativa pueden surgir muchas dificultades. Primero, puede ser difícil atender a preocupaciones específicas del cliente mientras se presenta información nueva. Usar ejemplos del cliente durante la enseñanza y pedirle con

frecuencia que comparta sus reacciones contribuye a equilibrar estas demandas rivales. Además, en ocasiones los clientes no están de acuerdo con el material presentado. Por ejemplo, pueden insistir en que la evitación es una estrategia eficaz. Discutir con los clientes rara vez es productivo y puede debilitar la relación terapéutica. Además, las conceptualizaciones de casos sólo son hipótesis con base en la literatura y la observación clínica, por lo que es importante no aferrarse a ellas. En esta situación resulta útil preguntar al cliente si está dispuesto a observar el concepto durante las siguientes semanas para ver si puede aprender algo de su experiencia. Esto fomenta una aproximación colaborativa al tratamiento y ayuda a involucrar a los clientes, a la vez que favorece una retroalimentación valiosa sobre la conceptualización.

Desarrollo de habilidades de mindfulness

El "mindfulness" (Kabat-Zinn, 2003) o atender al momento actual con apertura, curiosidad y compasión, es una habilidad fundamental que los clientes pueden usar para cambiar la naturaleza de su relación con las experiencias internas (p. ej., empezar a "descentrarse o ver los pensamientos como pensamientos), aumentar su disposición a aceptar cualquier reacción que surja y fomentar el compromiso con una vida satisfactoria y significativa. Se utilizan una gran variedad de métodos para ayudar a los clientes a dirigir su consciencia al momento actual y sus experiencias con curiosidad, amabilidad y compasión.

AUTOMONITOREO

El automonitoreo es un método común en todas las terapias cognitivo conductuales. Igual que en esas aproximaciones, al inicio de la terapia los clientes identifican las situaciones en que surge la preocupación. Cada semana, a partir de lo que se cubre en la sesión, se agregan nuevos aspectos de la experiencia (p. ej., emociones, esfuerzos por evitar la experiencia, participación en acciones valoradas). El proceso de monitorear la preocupación, otras experiencias internas y las conductas ayuda a fomentar la consciencia y a descentrarse; en lugar de alejarse de sus experiencias internas, como suelen hacer, los clientes se enfocan en ellas y analizan cada aspecto de la experiencia en lugar de mezclar los componentes (p. ej., advierten los pensamientos, emociones y conductas por separado). A medida que los clientes empiezan a advertir la distinción entre emoción y conducta, pueden considerar la variedad de opciones conductuales a su alcance incluso cuando surgen emociones intensas.

El automonitoreo es difícil para algunos clientes, quienes pueden olvidar llenar los formatos de registro, considerarlos un requisito que se cumple sólo por petición del terapeuta, o terminarlos en la sala de espera en lugar de llenarlos en el momento adecuado. Los terapeutas pueden contribuir a que los clientes vean la utilidad de la práctica si les comunican con claridad la razón del monitoreo y subrayan que se trata de una habilidad que puede ser usada para aclarar las emociones, disminuir el malestar e incrementar la participación en actividades valoradas, además de revisar el monitoreo en cada sesión y relacionar las observaciones con las metas del tratamiento. También tienen

la flexibilidad de adaptar las tareas de monitoreo para ajustarlas a la vida del cliente, a la vez que enfatizan la importancia de registrar en el momento en que ocurre una reacción para facilitar el desarrollo de la consciencia mientras se despliegan patrones habituales de ansiedad. Por ejemplo, los clientes podrían supervisar sólo una situación al día o usar sus teléfonos o grabadoras de audio en lugar de lápiz y papel para hacer el monitoreo.

PRÁCTICA FORMAL DE MINDFULNESS

El Mindfulness es una habilidad, por lo que es importante practicarla con regularidad. Los terapeutas ayudan a los clientes a determinar cuándo pueden apartar algo de tiempo para enfocar su consciencia, una y otra vez, en algún aspecto de su experiencia, como respiración, sensaciones físicas o pensamientos. Los tratamientos con base en esta habilidad, como la terapia cognitiva basada en el mindfulness, requieren que los clientes la practiquen durante 45 minutos al día; por lo general las prácticas son más cortas y se permite que los clientes decidan su duración. Se permite que todos los clientes practiquen una forma adaptada de relajación muscular progresiva en la que tensan y relajan una serie de grupos musculares, advirtiendo las sensaciones que experimentan.[1] Esto da a los clientes ansiosos una exposición prolongada al mindfulness a la vez que ofrece un foco para la atención que puede facilitar una práctica más prolongada. Los clientes varían en qué tanto pueden seguir el ritmo de esta práctica en comparación con otras más breves.

En una aproximación, en el curso del tratamiento los terapeutas enseñan a los clientes una serie de prácticas, que empiezan enfocándose en la respiración y cuerpo, avanzan a la consciencia del gusto y los sonidos, y luego siguen a prácticas más difíciles en que se toma consciencia de las emociones y los pensamientos. Al principio de la sesión, clientes y terapeutas practican juntos y luego analizan la experiencia del cliente con el ejercicio. Al principio los clientes suelen etiquetar la práctica como “buena” o “mala”, “relajante” o “estresante”. Los terapeutas los ayudan a aproximarse a la simple observación y descripción de su experiencia durante la práctica, a reconocer que todas las prácticas son útiles y que la llamada “mala” práctica puede enseñar mucho sobre qué tan activa está la mente y cómo, a pesar de las divagaciones, es posible regresar una y otra vez la consciencia al momento.

Cuando se analiza la práctica hecha durante la sesión, los terapeutas la relacionan con los problemas actuales de los clientes. Por ejemplo, una cliente reportó que cuando practicaba mindfulness de su respiración su mente se desviaba a la frustración que sentía hacia su compañera de cuarto, y que era claro que era mala con el mindfulness y que nunca iba a mejorar. Su terapeuta relacionó esos pensamientos autocríticos y predicciones negativas con los que suelen aparecer cuando los clientes asumen una nueva tarea en el trabajo. La terapeuta sugirió que si practicaba la observación de los pensamientos críticos con compasión y curiosidad durante la práctica formal de mindfulness, podría utilizar esas mismas habilidades en situaciones difíciles del trabajo.

A los clientes suele resultarles difícil hacer tiempo para la práctica regular de mindfulness. Para resolver esta dificultad pueden usarse estrategias tradicionales de solución de problemas (practicar durante los viajes en el metro o después de meter a los

niños en la cama). Los terapeutas también señalan que la práctica de mindfulness puede aumentar la eficiencia del cliente y ayudarlo a estar más alerta durante el día, por lo que vale la pena dedicarle tiempo. Existe la posibilidad de que los clientes utilicen el mindfulness como estrategia de evitación, sobre todo si en un inicio descubrieron que esta práctica les resultaba relajante. Es necesario que los terapeutas presten atención a la función que cumple la práctica para asegurarse de que los clientes no la están usando para evitar experiencias internas no deseadas.

PRÁCTICA INFORMAL DE MINDFULNESS

Aunque hacer tiempo para la práctica puede ser una excelente manera de desarrollar cualquier habilidad, la meta siempre es usar la habilidad durante la vida. Los clientes practican mindfulness informalmente cuando realizan de manera consciente tareas cotidianas como lavar los trastes (Nhat Hanh, 1992), comer, bañarse o doblar la ropa limpia. Gradualmente empiezan a practicar en contextos más difíciles, por ejemplo, durante las conversaciones, las citas, las reuniones de trabajo o los eventos comunitarios. Al principio los terapeutas ayudan a los clientes a recordar la práctica de mindfulness durante las sesiones, con el tiempo los clientes empiezan a recordarse regresar al momento presente mientras participan en la terapia, lo que fortalece la habilidad y contribuye a que la usen de manera eficaz en sus vidas.

CONVENCIONES DEL LENGUAJE

Otra forma de ayudar a los clientes a cultivar una consciencia descentrada de sus experiencias es dirigir la atención a su lenguaje e introducir algunas estrategias (tomadas de la terapia de aceptación y compromiso) que ayudan a la persona a zafarse de sus pensamientos. Una es decir (y pensar) “Estoy pensando que…” o “Estoy sintiendo que…” en lugar de reportar los pensamientos como hechos. Los terapeutas modelan esta habilidad y utilizan esta convención para empezar a replantear los informes de los clientes, y los animan a hacer este cambio gradualmente; también les sugieren considerar si reemplazar el “pero” con “y” captura con mayor precisión diferentes situaciones. Por ejemplo, en lugar de decir, “De verdad me gustaría ir a esa cita, pero estoy demasiado ansioso”, un cliente podría decir “De verdad me gustaría ir a esa cita y también estoy experimentando ansiedad”. Esto destaca que los sentimientos y los pensamientos no tienen que llevar a conductas de evitación o escape.

Involucrarse en acciones

Por último, los terapeutas ayudan a los clientes a apartar su atención y sus esfuerzos del intento por controlar sus experiencias internas para enfocarse en un compromiso más pleno con sus vidas. Los clientes empiezan a explorar lo que es importante para ellos por medio de una serie de tareas de escritura. Primero describen la forma en que la ansiedad se ha interpuesto en distintas áreas de sus vidas (relaciones, desempeño laboral, escolar o doméstico, autocuidado y participación en la comunidad). A continuación escriben cómo les gustaría ser en esas áreas, si no sufrieran ansiedad. A partir de ahí los terapeutas los

ayudan a identificar áreas específicas en las que desean concentrarse. La terapia implica entonces elaborar planes conductuales cada semana a fin de que el cliente haga algo valioso para él, como establecer una conexión social, afirmarse en el trabajo o unirse a una organización comunitaria. Para cada acción conductual los terapeutas enfatizan la importancia de elegir una acción independientemente de los pensamientos y sentimientos que surjan, y los clientes aplican sus habilidades de mindfulness, de modo que puedan hacer lo que les interesa aunque se sientan ansiosos.

Cambiar de la evitación habitual al compromiso es un proceso largo y continuo. A algunos clientes les resulta difícil articular sus valores porque durante mucho tiempo concentraron sus recursos conductuales y de atención en el manejo de la ansiedad. Una vez que han aclarado lo que es importante para ellos, acercarse a esas acciones puede resultarles muy difícil y provocarles una gran ansiedad. Sin embargo, el ánimo que reciben del terapeuta, el desarrollo de las habilidades de mindfulness y el desglose de las tareas en piezas específicas que pueden manejar (p. ej., invitar a almorzar a un compañero o tener una conversación abierta con los padres) mejoran la disposición del cliente a hacer esos primeros e importantes cambios conductuales a pesar de la inevitable presencia de la ansiedad. Con el tiempo, la experiencia de participar en actividades valoradas puede ser naturalmente reforzante. No obstante, se requiere de la consciencia y práctica continuas para no reincidir en los antiguos patrones de evitación debido a la ansiedad.

En la búsqueda de las acciones valoradas surgen muchas dificultades. Primero, como advirtieron Hayes y colaboradores (2012), los clientes suelen pensar en términos de metas (p. ej., encontrar una pareja, perder 7 kg) en lugar de valores (p. ej., alcanzar la intimidad emocional, estar físicamente sano).

Enfocarse en el deseo de perder siete kilos puede llevar en el momento a la autocrítica, lo que a su vez interfiere con esa meta. Por otro lado, una persona puede emprender acciones que son congruentes con el deseo de alcanzar la salud física (p. ej., ir al gimnasio o comer un almuerzo saludable), lo que a su vez contribuye a alcanzar la meta. Los terapeutas trabajan para ayudar a los clientes a identificar los valores y el significado que están detrás de cualquier meta planteada, de modo que puedan involucrarse en las acciones que serán gratificantes y significativas.

Es necesario que los terapeutas tengan el cuidado de no imponer sus propios valores a los clientes. En este aspecto del tratamiento resulta de particular importancia la sensibilidad cultural. Por ejemplo, un cliente tratado con la terapia conductual con base en la aceptación describió el valor de brindar ayuda financiera a sus padres, lo que lo llevó a elegir una profesión con menor interés intrínseco para él, pero que le permitiría sostener a su familia. Su terapeuta provenía de un contexto más individualista y su reacción inicial fue considerar que era importante elegir una profesión intrínsecamente más gratificante. Sin embargo, reconoció que eso sería imponer al cliente sus propios valores en lugar de ayudarlo a tomar decisiones congruentes con sus valores.

Los terapeutas también deben ser sensibles a las restricciones del mundo real que pueden impedir que los clientes se involucren en acciones que les interesan. Cuando se

desarrollan las tareas para el tratamiento deben validarse y tenerse en cuenta restricciones externas como los recursos limitados, las desigualdades y los contextos familiares. También es posible que los clientes deseen que otras personas actúen de manera diferente. Aunque éste es un deseo muy razonable, no siempre es posible cambiar a otras personas. Los clientes pueden solicitar cambios en otros o dar pasos para enfrentar las injusticias en diferentes contextos, pero los terapeutas no pueden garantizarles que esas cosas darán lugar a los cambios que esperan. Lo que sí pueden hacer es ayudar al cliente a tomar la mejor decisión posible ante tales restricciones, lo que ciertamente incluye pedir los cambios y, de ser necesario, dejar las situaciones cuando sea posible.

Prevención de recaídas

La ansiedad es una respuesta natural y habitual, igual que la reactividad a las experiencias internas y la evitación de la experiencia. Los terapeutas ayudan a los clientes a desarrollar un plan para mantener las prácticas que les resultaron más útiles en el tratamiento, y a prepararse para "fallas" potenciales en el futuro. Se anima a los clientes a consultar sus manuales y hojas de monitoreo cuando surjan dificultades, y a revisar los conceptos y prácticas que encontraron de ayuda en el tratamiento.

ESTUDIO DE CASO

Este caso compuesto se basa en gran medida en un solo cliente, pero se agregaron detalles de otro paciente para ilustrar ciertos puntos. La información de identificación se modificó para proteger la confidencialidad.

Información antecedente

Héctor era un hombre latino de 24 años que buscó tratamiento después de ser condicionado a un periodo de prueba académica. Aunque el registro académico de Héctor en la licenciatura era muy sólido, en el primer semestre de la escuela de medicina enfrentó dificultades para satisfacer las exigencias del curso. Al principio, Héctor buscó tratamiento para una gran variedad de síntomas relacionados con el estrés que incluían jaquecas frecuentes, tensión muscular y enfermedades gastrointestinales. Sin embargo, su médico lo instó a buscar terapia para lo que consideraba un trastorno de ansiedad.

En la evaluación inicial, Héctor avaló la presencia de síntomas congruentes con el trastorno de ansiedad generalizada. Describió una larga historia de preocupaciones que empezaron en la escuela primaria. Su preocupación se enfocaba principalmente en las exigencias académicas; dijo que se preocupaba de manera constante por la calidad de su trabajo, la suficiencia de su conocimiento y su capacidad para satisfacer las expectativas, propias y ajenas, relacionadas con lo académico. Héctor había sido la primera persona de su familia que se graduaba de la universidad y toda su familia extensa se sentía sumamente orgullosa y muy comprometida con ayudarlo a obtener un grado en medicina. Su madre había conseguido un segundo empleo para ayudarlo a pagar las elevadas colegiaturas, uno de sus tíos le ofreció ser aval de un préstamo, y su primo le ofreció un lugar donde vivir sin tener que pagar renta. Aunque se sentía sumamente agradecido por su apoyo, Héctor sentía la preocupación constante de decepcionarlos.

Lo atormentaban también las preocupaciones por la salud y bienestar de su madre. Le preocupaba que se estuviera agotando con dos empleos y que pudiera sufrir un infarto o que se quedara dormida al manejar a casa y que muriera en un accidente automovilístico. También se preocupaba mucho por sus dos sobrinos; en su opinión, dedicaban mucho tiempo a ver televisión y a divertirse con videojuegos, y necesitaban más estructura y orientación de las que su hermano les daba.

Héctor describió una serie de achaques que atribuía a su constante y elevado nivel de tensión física. Mencionó que le resultaba muy difícil conciliar el sueño por las noches, ya que su mente repasaba constantemente una variedad de posibles resultados negativos que podría traer el día siguiente.

De ahí que no sorprendiera que le resultara muy difícil concentrarse, en especial cuando estaba en clase y cuando trataba de hacer las lecturas asignadas. Cuando su ansiedad y preocupación se volvían demasiado graves, faltaba a clase para ir al gimnasio. En el pasado, cuando se ejercitaba por el suficiente tiempo quedaba tan fatigado que se quedaba dormido en cuanto ponía la "cabeza en la almohada". Por desgracia, esa estrategia de afrontamiento se había vuelto cada vez menos efectiva. Descubrió que

faltaba a clases para ir al gimnasio cada vez con más frecuencia, hasta el punto que no pudo mantener las calificaciones. Además, aunque todavía se quedaba dormido poco después del ejercicio, recientemente había empezado a despertar después de apenas una o dos horas de sueño.

Cuando cursaba la educación media y media superior Héctor descubrió que pasar tiempo con amigos y familiares lo ayudaba a mantener bajo control sus síntomas de ansiedad generalizada. Sin embargo, seis meses antes había dejado en Miami su red de apoyo cuando se mudó a Boston para asistir a la escuela de medicina. Aunque al principio salía a comer con algunos de sus compañeros y en ocasiones participaba con ellos en sesiones de estudio, nunca se sintió del todo cómodo en esos eventos. Le preocupaba que sus compañeros creyeran que no pertenecía a una escuela de medicina tan prestigiada y estaba muy consciente de que era uno de los muy pocos estudiantes de una minoría étnica.

Sesión de compromiso

En esta sesión Héctor reveló que su familia no estaba enterada de que estaba en terapia y que sentía demasiada vergüenza para contarles de sus problemas académicos. Reconoció que guardar esos secretos era doloroso y angustiante, en especial porque eso requería que se distanciara aún más de su fuente principal de apoyo social.

Aunque había asistido a unas cuantas sesiones de consejería en su primer semestre en la licenciatura, no tenía otra historia de psicoterapia. Héctor comentó que la terapia recibida durante ese breve periodo había sido básicamente de apoyo. Advirtió que reunirse algunas veces con su terapeuta, que también era un hombre latino, principalmente para hablar de los estresores académicos le había resultado de gran ayuda en su transición a la universidad. Esta experiencia lo hizo sentir un cauteloso optimismo acerca de la terapia actual, aunque reconocía que temía que sus problemas pudieran ser demasiado graves para poder superarlos por completo.

Dadas las considerables demandas de la terapia conductual con base en la aceptación, la terapeuta lo interrogó sobre barreras potenciales para el tratamiento. Aunque el joven había reducido un poco su programa debido a que estaba en un periodo de prueba, todavía llevaba tres cursos y trabajaba entre 20 y 30 horas a la semana. Aunque la terapeuta validó esos compromisos, también deseaba hacer una descripción realista del compromiso de tiempo adicional que se requeriría, sobre todo en las primeras seis a ocho sesiones de la terapia. La terapeuta usó la analogía del entrenamiento para un maratón para expresarle la importancia de apartar tiempo suficiente para las tareas fuera de la terapia. Advirtió que el hábito de preocuparse de Héctor estaba profundamente arraigado y que el aprendizaje de nuevos métodos de respuesta exigiría cierto compromiso con la práctica. Un atleta que se entrena para un maratón no puede mantener el mismo programa de vida y trabajo, a la vez que agrega las sesiones de entrenamiento. Debe hacer algunos arreglos temporales para darse tiempo de correr. De igual modo, un cliente con trastorno de ansiedad generalizada no puede desarrollar nuevos hábitos a la vez que mantiene el mismo programa de ocupaciones. Para que el tratamiento y la práctica se

reflejen en nuevas formas de respuesta es necesario asignarles temporalmente cierto tiempo y atención.

Por último, la terapeuta (una mujer blanca) exploró el efecto que podrían tener en el tratamiento su género y origen étnico.

TERAPEUTA: Parece que una de las mejores cosas de su terapia anterior fue sentir que su terapeuta de verdad lo comprendía.

HÉCTOR: Sí, me sorprendió sentirme tan cómodo con él. Esperaba que mi consejero fuera una mujer y al principio me sentí un poco indeciso acerca de hablar con un hombre… Pensé que podría pensar que yo era débil por buscar terapia.

TERAPEUTA: Me parece que casi todos llegamos a la terapia con expectativas sobre nuestro terapeuta. Podríamos esperar que el terapeuta fuese mayor o más joven, hombre o mujer, o de un origen étnico particular, y podríamos sentirnos más o menos cómodos, más o menos comprendidos, dependiendo de si el terapeuta cumple o no nuestras expectativas. ¿Tenía usted alguna expectativa al venir hoy?

HÉCTOR: ¿Honestamente? Sabía que vería a una mujer por su nombre aunque no estaba seguro de su origen étnico. Pero para ser honesto, en realidad no esperaba tener una terapeuta latina a partir de los profesionales que he visto en este centro.

TERAPEUTA: ¿Tiene usted alguna idea o preocupación respecto a trabajar conmigo de la que le gustaría hablar?

HÉCTOR: La verdad es que no…

TERAPEUTA: Espero que podamos trabajar muy bien juntos, pero sería comprensible si usted no confiara en mí o no se sintiera cómodo de inmediato. Usted no me conoce y puede ser muy difícil abrirse con un desconocido. Además, sé que a algunos les podría importar el hecho de que no soy latina, sino blanca. En ocasiones eso puede hacer que alguien sienta que no puedo entender algunas experiencias, como las que se relacionan con pertenecer a una minoría o ser una persona de color. Pero mi meta es hacer todo lo que esté a mi alcance para mostrar sensibilidad y comprensión de sus experiencias únicas. Tengo experiencia general en el tema de la ansiedad que puedo aportar a nuestro trabajo, incluyendo formas en que las experiencias de discriminación pueden relacionarse con la ansiedad, en ocasiones de maneras sutiles. Pero usted es el experto en su propia experiencia, por lo que siempre trataré de confirmar con usted si las cosas de las que hablemos y las sugerencias que le haga coinciden con su experiencia. Por favor, siéntase libre de hacerme saber si digo o hago algo desconsiderado o si siente que no estoy entendiendo del todo lo que me dice. En definitiva no soy perfecta, pero mi intención es tratar de ayudarlo lo mejor que pueda a alcanzar sus metas para la terapia.

La terapeuta terminó la sesión de compromiso entregando al paciente algunas actividades que debería completar antes de la siguiente sesión. En primer lugar, le explicó un formato de monitoreo que se usaría durante el tratamiento (aunque las áreas a supervisar cambian

con el tiempo a medida que se introduce material nuevo para las sesiones, esta versión sólo incluye columnas para la fecha, situación y tema de preocupación) y le pidió que empezara a percatarse de los momentos en que se preocupaba. También le proporcionó una copia del *Cuestionario de Vida Valorada* que debía llenar con las siguientes instrucciones:

> "En ocasiones la ansiedad y la preocupación pueden impedir que llevemos a cabo ciertas acciones que son congruentes con nuestros valores. Por ejemplo, usted mencionó que faltaba a clases cuando se sentía demasiado ansioso, aunque también señaló que le interesa muchísimo ser un buen estudiante. La ansiedad y la preocupación también pueden hacer que la gente sienta que va en piloto automático, o que su vida es consumida por cosas que **tiene** que hacer y no por las cosas que **decide** hacer. Este cuestionario es un primer paso hacia la identificación de cómo pueden estar interfiriendo con su vida la ansiedad y la preocupación. En ocasiones es doloroso pensar que nuestra vida no es como desearíamos que fuera, pero tener consciencia de ello es el primer paso a lograr un cambio. Entonces, preste atención a cualquier sentimiento que surja mientras llena los formatos y nos aseguraremos de hablar de ello la próxima semana".

Sesión 1

La meta de la Sesión 1 es ofrecer un resumen de la estructura del tratamiento (los roles de cliente y terapeuta, las tareas a realizar entre sesiones, entre otras) y planear y discutir la lógica del tratamiento que se fundamenta en la conceptualización personalizada de la terapia conductual con base en la aceptación de los problemas que presenta el cliente. La terapeuta pidió a Héctor que se involucrara en un ejercicio experiencial que implicaba imaginarse de regreso en una de las situaciones que le causaban ansiedad y que había señalado en el formato de monitoreo. Utilizó la imaginería guiada para ayudar a Héctor a darse cuenta de que su experiencia de ansiedad se caracterizaba por un ciclo interrelacionado de pensamientos (preocupaciones), sensaciones fisiológicas (rigidez de sus hombros y pecho) y conductas (salir temprano de clase, dirigirse al gimnasio).

HÉCTOR: No me había dado cuenta de todo lo que sucede cuando me siento ansioso. Por lo general, en cuanto me percato de que estoy ansioso hago cualquier cosa a mi alcance para impedir que escale.

TERAPEUTA: Eso no me sorprende. Usted ha desarrollado un hábito muy fuerte. En cuanto se siente ansioso trata de desviar la atención de su experiencia y de buscar formas de controlar o disminuir sus emociones. ¿Qué tan difícil le resultó imaginarse de regreso a clases el lunes?

HÉCTOR: Resultó sorprendentemente fácil. Me sentí tan ansioso al imaginarlo como cuando estaba sentado en el salón de clases.

TERAPEUTA: Eso es estupendo. Algo que es exclusivamente humano es nuestra

capacidad para recordar e imaginar las cosas de manera vívida. Igual que otros animales, estamos preparados para experimentar miedo ante las señales de una amenaza, como el ataque de un depredador, pero los seres humanos también podemos **imaginar** la amenaza y experimentar la misma respuesta heredada a la amenaza en sí. ¿Tiene alguna idea de lo que imaginaba ese día en clase?

HÉCTOR: El lunes mi mente iba de 0 a 100, apenas tenía consciencia de lo que estaba pensando. Pero cuando hicimos el ejercicio hoy, advertí una serie de imágenes en mi mente.

Primero pensé, no estoy preparado para la clase. Luego imaginé que el profesor me gritaba, que mis compañeros se reían de mí, la decepción de mi familia…

TERAPEUTA: Umm… Si se imaginó el rechazo de toda esa gente al mismo tiempo no es sorprendente que sintiera miedo. Estamos programados para buscar la aprobación social. Si toda la comunidad académica, sus amigos y familiares lo rechazaran, tendría muy buenas razones para sentir miedo. Por desgracia, nuestra mente no distingue entre amenazas reales y las imaginarias.

La terapeuta y Héctor revisaron el modelo del temor, ansiedad y preocupación en el manual de la terapia conductual basada en la aceptación para el trastorno de ansiedad generalizada. La terapeuta explicó que el miedo y la ansiedad cumplen funciones de adaptación. La ansiedad nos permite imaginar amenazas futuras y prepararnos para ellas; el temor nos impulsa a evitar y escapar del peligro. En ambos estados, nuestra atención se enfoca en la amenaza y en nuestro plan de escape, bloqueando otra información.

Por desgracia, nuestra capacidad para pensar, imaginar (el futuro) y recordar (el pasado) nos permite imaginar amenazas interminables y responder con miedo, aunque no haya amenaza presente (es decir, nuestras representaciones mentales desarrollan las mismas propiedades emocionales que los eventos en sí, lo que nos lleva a responder a amenazas que no existen en el ambiente). Además, aunque estamos programados para escapar o evitar las amenazas, para poder hacer las cosas que nos interesan en ocasiones debemos aproximarnos a situaciones que pueden provocar ansiedad (p. ej., permitirnos ser vulnerables para poder lograr intimidad, tomar un riesgo en el trabajo para negociar con éxito un desafío). Muchos de nosotros respondemos a este problema juzgando gravemente nuestras respuestas naturales y haciendo todo lo que esté a nuestro alcance para evitar la experiencia.

La terapeuta y Héctor también analizaron la función de la preocupación. Aunque la preocupación se asocia con claras consecuencias negativas (interfiere con la concentración, produce tensión y fatiga), también cumple una función.

HÉCTOR: Por mucho que me moleste sentirme preocupado, en cierto sentido me da miedo dejar de hacerlo. A veces me parece que es lo único que puedo hacer para controlar lo incontrolable.

TERAPEUTA: Interesante observación. Cuénteme más al respecto.

HÉCTOR: Bueno, a veces me parece que si dejo de preocuparme por la salud de mi madre, sufrirá un ataque cardiaco. O creo que si no me preocupo por un examen no voy a estudiar.

TERAPEUTA: Algunas personas advierten que preocuparse por cuestiones cotidianas menores saca de su mente pensamientos y emociones más dolorosos. ¿Alguna vez ha notado algo similar?

HÉCTOR: (*empezando a lagrimear).* A veces pienso que preocuparme por los exámenes, o por llegar tarde a clase, o por lo que voy a usar en un evento escolar es lo único que me impide darme cuenta de lo solo que estoy. En ocasiones siento que si dejara de preocuparme me sentiría tan triste y deprimido que no saldría nunca de la cama.

Poco antes de terminar la sesión la terapeuta resumió su conceptualización y su plan de tratamiento.

> "La ansiedad y la preocupación reducen nuestro enfoque y dirigen nuestra atención al futuro. Este ciclo ocurre fuera de la consciencia y puede ser difícil modificarlo. En este tratamiento usaremos habilidades de mindfulness para abordar este hábito. El mindfulness aumenta y amplía nuestra consciencia del momento presente y nos permite advertir y romper este ciclo. También tenemos la tendencia a juzgar y controlar nuestras emociones porque pensamos que nos impiden llevar una vida satisfactoria. En este tratamiento vamos a explorar si nuestra reacción a nuestras respuestas emocionales es útil o dañina, y consideraremos formas alternativas de responder. Por último, la preocupación es anticipatoria, por lo que nos impide participar en actividades que podrían representar una amenaza. Pero en ocasiones deseamos acercarnos a esas situaciones, en especial si van a ayudarnos a llevar el tipo de vida que valoramos. En este tratamiento aprenderemos a volvernos más flexibles, a considerar diferentes respuestas conductuales en lugar de evitar de modo automático situaciones con el potencial de provocar ansiedad"

Al final de la primera sesión la terapeuta condujo a Héctor por un ejercicio de mindfulness en la respiración. Empezó por ayudarlo a percatarse de la forma en que estaba sentado en la silla, luego dirigió su atención a donde podía sentir su respiración en su cuerpo. En el curso de los siguientes minutos, la terapeuta llevó luego al paciente a reorientar su consciencia a las sensaciones de sus inhalaciones y exhalaciones mientras hacía más profunda su respiración, sin importar cuántas veces se desviara su mente a otras cosas. Después de que la terapeuta y Héctor analizaron su experiencia con este ejercicio, ella le pidió que lo practicara diariamente entre sesiones.

Sesión 2

La Sesión 2 se concentró en hacer una introducción al mindfulness. La terapeuta guió a Héctor en un ejercicio de mindfulness en la respiración, luego lo hizo participar en una

sesión informativa.

TERAPEUTA: ¿Qué notó?

HÉCTOR: Bueno, hoy estoy muy estresado, de modo que el ejercicio no funcionó tan bien como cuando lo practiqué durante la semana.

TERAPEUTA: Cuénteme más al respecto ¿Cómo define "funcionó"?

HÉCTOR: Casi todas las noches de esta semana usé la respiración para conciliar el sueño y de hecho me ayudó. Por lo menos me tranquilizó, por lo que pude dormirme más rápido. Pero hoy me siento más estresado.

TERAPEUTA: Lo interesante de esto es que aunque no hay "meta" en el mindfulness, algunas veces empezamos a esperar que nos traerá cierto estado de ánimo. Pero en realidad este ejercicio se trata de advertir y aceptar cualquier estado en que nos encontremos. De modo que nos percatamos del foco de nuestra atención, lo llevamos a la respiración, advertimos cuando divaga y lo guiamos de regreso. En ocasiones ese proceso puede ser placentero y tranquilizador, pero otras puede ser frustrante y doloroso. Pero observar ese proceso, cualquier cosa que el proceso resulte ser, es practicar mindfulness.

HÉCTOR: ¿De verdad? Estaba seguro de que se suponía que lo intentara y me relajara.

TERAPEUTA: De manera natural somos seres orientados hacia metas. Por lo que tendemos a buscar la meta del mindfulness. Afortunadamente, la atención meta nos permite abandonar las metas y ser, al menos por un momento. ¿De qué otra cosa se percató?

HÉCTOR: No podía mantener la atención en mi respiración. Vagaba por todos lados. No estoy seguro de tener la personalidad que se requiere para hacer mindfulness.

TERAPEUTA: Esa es una excelente observación. Primero se percató de que su atención se desviaba en distintas direcciones. Apostaría que eso sucede también en otros momentos del día. Es útil llegar a saber lo ocupada que está nuestra mente.

HÉCTOR: Nunca lo pensé de ese modo. Supongo que tiene sentido que me cueste trabajo concentrarme en clase si estoy pensando en tantas cosas distintas al mismo tiempo.

TERAPEUTA: En realidad no le sugerí que debía mantener la atención en su respiración. Sólo que debía advertir dónde se encuentra su atención y regresarla continuamente a la respiración. Es muy interesante lo rápido que nuestras mentes juzgan si estamos haciendo algo "bien" o "mal", ¿no le parece?

HÉCTOR: (*riendo*). Ya sé lo que me va a decir, pero también me parece que estaba respirando de manera errónea. Estaba respirando con la boca y sonaba muy fuerte en comparación con su respiración.

TERAPEUTA: (*sonriendo).* Buena observación. Si nuestra mente es tan dada a hacer juicios acerca de algo tan simple y natural como la respiración, imagínese los pensamientos sentenciosos que se presentan cuando estamos en clase, en el trabajo o

con amigos. Parece que en verdad utilizó este ejercicio como una oportunidad de llegar a conocer los hábitos de su mente.

La terapeuta también condujo a Héctor por el ejercicio de comer las pasas, que consiste en hacer mindfulness con el simple hecho de comer una pasa. Después de este ejercicio se enfocó en la habilidad de la "mente principiante" de mindfulness, destacando que "saber" lo que debemos esperar en ocasiones nos impide observar con precisión diferentes experiencias. Al final de la sesión, la terapeuta dirigió a Héctor por una relajación muscular progresiva ligeramente modificada que pretendía ayudarlo a practicar la observación de sensaciones y liberar la tensión (en lugar de reducir la ansiedad).

Sesión 3

La terapeuta empezó la Sesión 3 con el ejercicio de mindfulness de los sonidos. Héctor pudo ver la semejanza entre este ejercicio y el ejercicio de las pasas de la segunda sesión. Específicamente advirtió que a su mente le resultaba difícil observar la altura, tono y volumen de los sonidos que lo rodeaban sin tratar de etiquetarlos (un camión que da marcha atrás) y sin juzgar ("Eso es fuerte y desagradable") su experiencia. La terapeuta tuvo cuidado de normalizar esta respuesta y destacar la utilidad de tomar consciencia de una inclinación natural en todos nosotros.

Después de revisar las tareas de monitoreo y mindfulness del paciente, la terapeuta introdujo un nuevo tema de psicoeducación, la función de las emociones. Héctor ofreció rápidamente un ejemplo de la función de comunicación que cumplen emociones como el temor. Describió un incidente ocurrido cuando regresaba caminando de la biblioteca a casa ya muy de noche.

Aunque no escuchó ni vio nada fuera de lo ordinario, tuvo la sensación de que estaba en peligro, por lo que tomó algunas precauciones. Se quitó los audífonos, cruzó la calle para ubicarse en un entorno más iluminado y llamó a su compañero de cuarto por su celular. La mañana siguiente Héctor leyó que se había dado un atraco la noche anterior en el campus y estaba convencido de que las señales de temor que recibió lo protegieron de ser una víctima. La terapeuta proporcionó un ejemplo de las consecuencias de ignorar los mensajes que nos envían nuestras emociones.

TERAPEUTA: Imagine que siente tristeza y decepción porque su trabajo no es satisfactorio. Esa tristeza es incómoda, por lo que naturalmente quiere deshacerse de ella. Puede pasar sus noches fantaseando mientras ve la televisión, tratando de "relajarse", o podría salir por la noche hasta muy tarde con sus amigos, bebiendo y tratando de pasar un buen momento, por lo que no se percata de que esa área de su vida le hace sentir tristeza. Podría empezar por encontrar razones para dejar el trabajo o soñar despierto mientras está en el trabajo. Todas esas estrategias están encaminadas a disminuir su tristeza, y todas podrían funcionar en el corto plazo, pero ninguna de ellas resuelve el problema. Lo peor es que esas estrategias podrían incluso crear nuevos problemas como el hecho de que empieza a dormir menos, que su desempeño laboral

decae y que se topa con más conflictos en el trabajo. Aunque usted hace todo lo que puede para no sentirse triste, esa tristeza está ahí por una razón. El primer paso para avanzar en esa situación es percatarse de que se siente triste y reconocer que su situación laboral es la que provoca esas emociones. Sólo entonces puede decidir qué acciones tomar.

HÉCTOR: Eso tiene sentido. Pero ¿qué hay acerca del temor que siento cuando pienso en pedirle a un compañero que estudie conmigo?

TERAPEUTA: ¿Qué cree usted que le está diciendo su temor en esa situación?

HÉCTOR: Que podría pensar en alguna excusa para rechazarme y decir que no.

TERAPEUTA: Por supuesto. Como humanos estamos programados para buscar apoyo social y aprobación; y es un riesgo exponernos a ser aceptados o rechazados. Pero así es la cosa. Aunque es importante reconocer el mensaje que nos envían nuestras emociones, no siempre tenemos que seguir su consejo. Las emociones se asocian con tendencias de acción (cuando sentimos miedo estamos preparados para huir, cuando sentimos enojo estamos preparados para luchar), pero en realidad no controlan nuestra conducta. Cuando consideramos emprender una acción que podría ser realmente significativa (abrirnos y parecer vulnerables ante alguien o asumir un desafío académico), nuestras emociones nos advierten a menudo que dicho paso es riesgoso. En esos casos, es necesario reconocer el mensaje que estamos recibiendo, pero todavía podemos elegir la acción valorada.

HÉCTOR: Supongo que tiene sentido. Ciertamente sabía que era un riesgo alejarme de mi familia y empezar en la escuela de medicina. Sentía mucho miedo, pero en cualquier forma lo hice porque para mi familia es importante que yo tenga éxito. Mi abuela siempre dice que tener valor es actuar con el corazón; tener miedo y aún así hacer algo, por amor o por pasión.

Sin embargo, a Héctor le seguía resultando difícil tratar de identificar la función de sus emociones en otros contextos.

HÉCTOR: Puedo ver que en ocasiones las emociones cumplen una función. Pero otras veces esa función no me resulta tan clara. Por ejemplo, sé que un poco de ansiedad ante los exámenes puede ser útil y motivante, pero ¿por qué me siento aterrado algunas noches en que estoy estudiando? El miedo y la ansiedad son tan grandes que me paralizo. Mi problema es que la mayor parte del tiempo me siento confundido por mis emociones y su intensidad.

TERAPEUTA: Nosotros distinguimos entre lo que llamamos emociones "claras" y emociones "turbias". Las emociones claras se refieren a cuando tenemos una respuesta emocional muy fuerte a una situación particular; por ejemplo, sentimos mucho miedo cuando un carro se nos acerca en la calle, a eso le llamaríamos una respuesta emocional "clara". Llamamos "turbias" a las emociones que son complejas, confusas o

demasiado intensas y duraderas para la situación en que nos encontramos.

Juntos, paciente y terapeuta revisaron la manera en que las fallas en el autocuidado (p. ej., no dormir lo suficiente, no comer bien o no hacer ejercicio de manera regular) aumentan la probabilidad de las emociones turbias. También consideraron formas en que la preocupación (que involucra la capacidad para imaginar cosas que todavía no han sucedido) y la rumiación (que implica el recuerdo repetido de sucesos pasados) pueden provocar emociones que no se relacionan del todo con lo que sucede en el momento actual. Por último, analizaron la manera en que nuestras "reacciones a nuestras reacciones" pueden enturbiar nuestras respuestas emocionales.

> "Otra cosa que puede hacer que nuestras emociones resulten confusas y turbias es que cuando tenemos una respuesta emocional, es común que no presentemos esa única respuesta, sino una serie de respuestas disparadas por la primera emoción. Por ejemplo, podemos sentir susto, luego enojo por habernos asustado, luego miedo de que la sensación se vuelva más fuerte, luego vergüenza de haber sentido miedo, y así sucesivamente. También podemos tener pensamientos que aparecen como respuesta a emociones claras como "No debería sentirme así", "Esta es una señal de que soy una persona débil". Una reacción frecuente es tratar de controlar las respuestas emocionales; hablaremos más acerca de eso en la siguiente sesión. Por último, las respuestas emocionales también pueden parecer mucho más intensas cuando empezamos a sentir que nuestras emociones nos definen, cuando las vemos como rasgos estables que representan nuestra personalidad y no como respuestas humanas naturales a sucesos que vienen y van".

Normalmente la tercera sesión termina con la revisión de la primera tarea escrita (es decir, describir cómo interfieren la ansiedad y la preocupación en el manejo de las relaciones, las actividades laborales, escolares y domésticas, y en el autocuidado y la participación en la comunidad). Sin embargo, Héctor admitió que no la había terminado. Dijo que había tenido una semana muy ocupada con los exámenes y que le había resultado difícil apartar algo de tiempo para sí. Juntos, paciente y terapeuta, hicieron una lluvia de ideas para encontrar formas de programar la tarea de escribir sobre valores. Sin embargo, la terapeuta advirtió que sentarse y considerar cómo interfería la ansiedad con las cosas que más le importaban podía ser un ejercicio muy doloroso. Sugirió que Héctor reconociera que el dolor cumple una función (permitirle saber qué cambios son necesarios para llevar una vida más satisfactoria en lo personal), y señaló que el hecho de que hubiera buscado terapia era una señal de que reconocía ese dolor y que estaba dispuesto a hacer algunos cambios. La terapeuta le entregó también nuevos formatos de monitoreo que añadían una columna para las emociones, por lo que podía empezar a supervisar sus respuestas emocionales además de su preocupación.

Sesión 4

Héctor llegó a la cuarta sesión visiblemente alterado. Acababa de regresar de visitar a su

familia en Miami y estaba sumamente molesto por las interacciones con su hermano. En cuanto empezó a describir la situación, la terapeuta lo interrumpió con gentileza.

"Discúlpeme por interrumpirlo Héctor, pero tengo una pregunta importante. Puedo ver que esta visita le resultó muy incómoda y nos aseguraremos de dedicar buena parte de la sesión de hoy a hablar de ella. Pero si me lo permite, me gustaría empezar nuestra sesión como lo hacemos siempre, con una práctica breve de mindfulness. Puede ser difícil practicar cuando uno experimenta tantas emociones y pensamientos, pero también puede ser muy útil. Si lo desea, quisiera que empezáramos tomando consciencia de las sensaciones físicas que estamos experimentando. Me gustaría que me contara de su visita y luego hay otro ejercicio de mindfulness que puede ayudarnos a explorar más a fondo lo que siente en este momento. ¿Le parece bien?"

Héctor aceptó y la terapeuta introdujo un ejercicio de mindfulness que involucraba incrementar la consciencia de las sensaciones físicas. Durante la sesión informativa de la práctica, Héctor admitió que le había resultado particularmente difícil reorientar su atención de las imágenes de su visita a las sensaciones físicas del momento. Sin embargo, se dio cuenta de que eso se hacía más fácil con el paso del tiempo. La terapeuta destacó que Héctor parecía más centrado que la primera vez que llegó. Contestó que se sentía más presente y que estaba listo para hablar de sus preocupaciones.

TERAPEUTA: ¿Utilizó la hoja de monitoreo el fin de semana para ayudarse a resolver algunas de las dificultades que surgieron durante su visita a casa?

HÉCTOR: Por supuesto, estaba tan enfadado que necesitaba poner mis pensamientos en papel. Como lo escribí aquí, el sábado estuve en casa de mis padres con mi hermano y sus hijos. Me inundaron las preocupaciones. Mis sobrinos solían ser unos niños muy dulces, pero ahora apenas hicieron contacto visual conmigo cuando los saludé. Pasaron todo el tiempo pegados a sus dispositivos electrónicos entretenidos con videojuegos violentos; y mi hermano ignorándolos por completo, todo lo que quería era hablarme de sus últimas aventuras amorosas.

TERAPEUTA: ¿Advirtió usted las preocupaciones específicas que experimentaba?

HÉCTOR: Sí, escribí que me preocupaba que mi hermano y mis sobrinos se conviertan en una carga muy pesada para mi madre. Me preocupa que estén minando su salud y sus finanzas. Me preocupa que mis sobrinos no tengan una buena educación y que se involucren con la gente equivocada. Y me preocupa que mi hermano bebe demasiado y que es muy egoísta.

TERAPEUTA: Buen trabajo en la observación de sus respuestas. ¿Qué hay acerca de sus emociones? ¿Pudo identificar qué emoción o emociones estaban presentes?

HÉCTOR: Estaba muy molesto. Creo que estaba principalmente enojado. No lo sé, ésta es una de esas situaciones en que me siento confundido acerca de mis sentimientos.

La terapeuta le sugirió intentar una práctica de mindfulness dirigida a observar sus

respuestas emocionales. Le pidió que cerrara los ojos y que imaginara de manera vívida las interacciones con su hermano, le indicó que advirtiera los estímulos visuales y auditivos, que se enfocara en las sensaciones físicas de su cuerpo para llevar su atención a los pensamientos que corrían por su mente y finalmente a sus emociones. Le recordó que se percatara simplemente de su experiencia y que llevara curiosidad y compasión a lo que estaba experimentando, observando lo que sucedía cuando sentía emociones tan fuertes, sin alterarlas ni juzgarlas. Le recordó que se fijara si estaba presente más de una emoción, y que observara cualquier aumento y disminución en la intensidad de sus emociones. Después de varios momentos le pidió que abriera los ojos.

TERAPEUTA: ¿Qué fue lo que notó?

HÉCTOR: Al principio me sentía muy enojado. Luego me percaté de que sentía miedo, pero lo que en verdad me sorprendió fue que me sentía sumamente triste. Eso es interesante porque en el momento pensé que sólo era enojo, pero al hacer memoria me di cuenta de que mis emociones parecían fluctuar. Supongo que otra cosa interesante fue que empecé a sentir las emociones. Pero durante el ejercicio comencé a darme cuenta de que las estaba observando. De verdad me ayudó tomar cierta distancia, antes de pensar que las emociones me consumían.

TERAPEUTA: Excelentes observaciones. Cuénteme un poco más sobre sus respuestas a esas emociones y sobre cualquier cosa que haya pensado acerca de su función.

HÉCTOR: Pienso que me siento enojado porque no estoy de acuerdo con la forma en que mi hermano está criando a sus hijos. Pero luego me enojo conmigo mismo por sentirme enojado. Mi hermano no tuvo las oportunidades que yo tengo. Pensar en eso me hace sentir culpable.

TERAPEUTA: ¿Advirtió alguna respuesta a sus sentimientos de culpa?

HÉCTOR: Odio sentirme culpable. Lo siento como una enorme opresión en el pecho. Creo que intenté distraerme de ese sentimiento y luego empecé a imaginar todos los problemas que podrían resultar de las metidas de pata de mi hermano y quedé corroído por el miedo y la preocupación. Pero después, cuando usted me lo indicó, volví a observar mis emociones, y entre más me enfocaba en ellas empecé a darme cuenta de que me sentía mucho muy triste. Pero lo interesante fue que pensé que había aceptado que se trata de una situación triste. Por lo regular no me gusta sentirme triste, me da miedo que signifique que voy a deprimirme y a retraerme en mi propio mundo. Pero me parece que reconocí que esta es una situación triste. Extraño a mi familia. Me gustaría poder resolver los problemas de mi hermano, pero no puedo.

La terapeuta ligó la experiencia de Héctor al tema de las emociones claras y las emociones turbias. Señaló que el enojo es una respuesta natural que surge cuando alguien actúa contra nuestros deseos; y la tristeza es una respuesta normal a una situación dolorosa. También ayudó a Héctor a identificar por qué su enojo era tan intenso al principio. Además de estar enojado por la situación del sábado, también sentía enojo por

las muchas veces que su hermano lo había molestado en el pasado. Héctor también imaginó que su hermano seguía "metiendo la pata", lo que alimentó aún más su enojo. Las "reacciones a las reacciones" que Héctor experimentaba también aumentaron la intensidad de su respuesta. Por ejemplo, cuando Héctor juzgó que el sentimiento de enojo era inaceptable empezó a sentir culpa; y cuando este sentimiento se volvió demasiado doloroso, se distrajo con múltiples preocupaciones sobre el futuro.

A continuación la terapeuta dedicó algo de tiempo al concepto principal de la sesión, los límites y las consecuencias de los esfuerzos de control interno. Le pidió a Héctor que participara en una serie de ejercicios de aceptación de la experiencia dirigidos a demostrar los efectos a menudo paradójicos de los esfuerzos por controlar experiencias internas como los pensamientos, emociones e imágenes. Por ejemplo, la terapeuta pidió a Héctor que imaginara que "tenía que dormir bien" antes de un examen importante. Le preguntó qué pasaría si, preocupado por lo tarde que era intentara inducir un estado de somnolencia. Héctor comentó que eso le sucedía a menudo, y que entre más lo intentaba, más inquieto se ponía y más trabajo le costaba conciliar el sueño.

Por último, la terapeuta dedicó algo de tiempo a revisar la tarea de valores. A Héctor le resultó sencillo identificar muchas formas en que la ansiedad interfería con la escuela y el trabajo. Se dio cuenta de que cada vez le resultaba más difícil concentrarse en clase y cuando hacía sus tareas porque su mente estaba consumida por las preocupaciones - preocupaciones por fallar en clase, por decepcionar a su familia y por la salud y el bienestar de su familia.

También se percató de que cuando la ansiedad por su familia se volvía demasiado intensa, los llamaba o hacía planes para visitarlos. Pero descubrió que cuando se hacía el tiempo para hablar o para estar con su familia, lo agobiaba la preocupación por el tiempo que eso le robaba a su trabajo escolar. Héctor escribió sobre su temor a no encontrar una pareja. Estaba demasiado ocupado con la escuela y con su familia para poder salir con alguien y creía que su destino era terminar solo. Esta posibilidad lo aterraba porque se describía como una persona muy orientada a la familia.

Al término de la sesión la terapeuta le entregó un formato de monitoreo que incluía una nueva columna para "esfuerzos de controlar", de modo que pudiera empezar a advertir si esos esfuerzos se presentaban durante la semana. También le asignó una segunda tarea de valores que debería completar para la siguiente sesión. La terapeuta advirtió que nuestros intentos por evitar la ansiedad, la preocupación y el estrés a menudo nos llevan a hacer cambios sutiles en nuestra conducta, de modo que empezamos a hacer lo que se "supone" deberíamos estar haciendo y perdemos la huella de lo que **queremos** hacer o de lo que en lo **personal nos importa** como individuos. La terapeuta revisó la distinción entre valores y metas, enfatizando la importancia de identificar la dirección en que Héctor quería avanzar y no únicamente las metas que quería alcanzar. Añadió que esta siguiente tarea pretendía explorar más a fondo tres áreas de su vida para ver qué cambios podrían ser necesarios para mejorar la calidad de vida del paciente.

"Elija dos o tres relaciones que sean importantes para usted. Puede elegir relaciones

reales (como la relación con su hermano) o relaciones que le gustaría tener ("Me gustaría ser parte de una pareja" o "Me gustaría tener más amigos"). Escriba brevemente cómo le gustaría que fueran esas relaciones. Piense en cómo le gustaría **comunicarse con otros** (p. ej., qué tan abierto o retraído le gustaría ser, qué tan directo o pasivo le gustaría ser para solicitar lo que necesita y para dar retroalimentación a otros). Piense en el **tipo de apoyo que le gustaría recibir** de otras personas y en el **tipo de apoyo que puede dar** sin sacrificar sus intereses. También quiero que escriba brevemente sobre el tipo de trabajo que le gustaría y **sobre por qué eso lo atrae**. Luego escriba sobre el **estudiante** que le gustaría ser en lo que respecta a sus hábitos de trabajo y sus **relaciones** con profesores y compañeros. ¿Qué es importante para usted en relación al **producto de su trabajo y sus estudios**? ¿Cómo le gustaría **comunicarse con otros** acerca de su trabajo? ¿Cómo le gustaría **responder a la retroalimentación***?* ¿Qué otros **retos** le gustaría tomar? Y por último, quiero que escriba brevemente sobre las formas en que le gustaría pasar su tiempo libre. ¿Qué le gustaría hacer para cuidarse mejor (p. ej., nutrición, ejercicio, espiritualidad) o para contribuir a su comunidad?

Sesiones 5-7

Las sesiones 5 a 7 del tratamiento se enfocaron en animar al cliente para que considerara pasar de una actitud de resistencia y evitación a una de disposición. Es común utilizar varios ejercicios de mindfulness y de aceptación de la experiencia para ayudar a los clientes en la práctica de observación de sus pensamientos, emociones y sensaciones físicas como sucesos transitorios. Por ejemplo, Héctor practicó imaginar que sus pensamientos y sentimientos se proyectaban en una pantalla frente a él. Una vez que los clientes pueden desactivar o descentrarse de sus experiencias internas, y una vez que dejan de sentirse definidos o amenazados por ellas, suelen mostrarse más dispuestos a aproximarse e involucrarse en diversas actividades.

Como muchos clientes, en un inicio Héctor batalló un poco con el concepto de disposición. Al principio pensaba que la terapeuta le sugería que debía llegar a ver su ansiedad con una luz más positiva. O que tenía que aprender a aceptar su ansiedad porque eso era lo que un "hombre fuerte" debía hacer. La terapeuta usó una metáfora adaptada de la terapia de aceptación y compromiso para tratar de aclarar el concepto de disposición, equiparándola con la disposición a atravesar un pantano durante un viaje a una bellísima montaña.

"Adoptar una actitud de disposición sugiere que usted aceptará y avanzará con los pensamientos y sentimientos (racionales o irracionales) que aparezcan mientras se abre camino en la vida, realizando las acciones que lo ayudarán a obtener las cosas que valora. Por ejemplo, digamos que quiere preguntarle a sus compañeros si puede unirse a su grupo de estudio. Es probable que eso le provoque sentimientos de temor y pensamientos sobre un posible rechazo. Sin embargo, usted puede estar dispuesto a experimentar esos pensamientos y sentimientos si surgen cuando emprende acciones

que son congruentes con su valor de involucrarse en su trabajo escolar. Tal vez no le agraden los sentimientos, le gustaría que las cosas fueran de otra manera, pero puede estar dispuesto a experimentar lo que se presente para iniciar una acción valorada."

"Es como si estuviera viajando a una bellísima montaña y se encontrara en el camino con un pantano asqueroso y turbio. No quiere atravesar el pantano, y tal vez no le parezca justo tener que hacerlo, pero puede decidir atravesarlo si decide que el viaje a la montaña vale la pena para usted."
"Ahora bien, si el pantano estuviera al lado de su camino, no necesitaría atravesarlo, y no tendría que sumergirse ni revolcarse en él. Podría ponerse botas o cruzar por un tablón para no ensuciarse. Pero todavía podría viajar y caer en el pantano, y la disposición significa que usted acepta esa posibilidad mientras avanza en la jornada de su elección".

Se utilizan varias tareas de valores para ayudar a los clientes a definir su curso o su "viaje" a la montaña. Como se mencionó, a Héctor se le pidió que escribiera sobre sus valores en tres áreas específicas. Ésta puede ser una tarea difícil y es común que los clientes confundan valores con metas, que describan valores que sugieren la necesidad de control o perfección, o que se concentren en lo que perciben como obstáculos infranqueables para vivir de manera congruente con sus valores. Por consiguiente, suelen dedicarse varias sesiones a revisar las tareas de valores y no es inusual que los clientes revisen sus valores muchas veces durante la sesión y en las tareas. Por ejemplo, la tarea inicial de escritura de Héctor produjo algunos valores que podrían resultarle problemáticos seguir.

HÉCTOR: Mi valor en el área del trabajo escolar es obtener las calificaciones más altas de todo el curso. Quiero ser el mejor estudiante de mi generación, de modo que mi familia pueda sentirse orgullosa.

TERAPEUTA: ¿Tratar de recibir una calificación perfecta en un examen sería ejemplo de un valor o de una meta?

HÉCTOR: Correcto, las metas son resultados, de modo que supongo que son metas.

TERAPEUTA: Imagine que está trabajando como médico. Se encuentra navegado en Internet y se topa con una página en que los pacientes califican y dejan comentarios sobre sus médicos. ¿Qué le gustaría que dijera la página? ¿Mi médico obtuvo buenas notas en pruebas estandarizadas?

HÉCTOR: (*con una risita entre dientes*). Bueno, no. Supongo que me gustaría que dijeran que soy dedicado y compasivo, y que estuve dispuesto a mantenerme al tanto de un problema de salud hasta encontrar el diagnóstico correcto y el mejor tratamiento que pudiera brindar.

TERAPEUTA: Bien, eso suena más parecido a los valores. Entonces, ¿sería justo decir que le gustaría involucrarse con el material que está aprendiendo y que quiere ser

amable y compasivo con sus pacientes y comprometerse con su salud?

HÉCTOR: Sí, eso es lo que yo valoro. Sigo pensando que mis calificaciones importan más, pero en mi interior sé que eso no es la razón por la que estoy en la escuela de medicina. No estoy aquí para impresionar a mis maestros y a mis compañeros. Quiero ser un médico que haga una diferencia en la vida de los demás.

A Héctor también le costó trabajo articular sus valores de relación:

HÉCTOR: Escribí que quisiera estar siempre disponible para mi madre, siempre que ella me necesite. Quiero ser su roca. Me enojo conmigo mismo cuando estoy demasiado cansado para regresarle sus llamadas por la noche, o cuando ella necesita que se arregle algo, como un grifo que gotea en la cocina, y no puedo ocuparme de eso porque estoy aquí en Boston y ella está en Miami. También me siento mal cuando está sola. Quisiera evitar que sufra más dolor del que ya padece.

TERAPEUTA: Se que se preocupa mucho por su madre. Y puedo entender plenamente su deseo de cuidarla. Pero así como es humanamente imposible que pueda evitar sentir emociones, también es humanamente imposible asegurar que sus seres queridos no sufrirán nunca dolor o necesidad. Incluso si abandonara la escuela de medicina y regresara a casa, hay límites a lo que puede hacer por ella. Y aceptarlo puede ser algo muy difícil o doloroso. Me parece que el valor es que desea mantener una relación sólida y cariñosa con su madre. ¿Estaría de acuerdo?

HÉCTOR: Por supuesto.

TERAPEUTA: Y reparar un grifo y regresarle una llamada son acciones congruentes con esos valores. ¿Existen otras acciones que pueda realizar y que reflejen sus valores? En otras palabras, si usted se encuentra en Boston y ella en Miami, ¿puede cuidar de ella sin tener que arreglar el grifo?

HÉCTOR: Bueno, podría hablar con ella sobre eso. Ella agradece cuando la escucho hablar de sus problemas.

TERAPEUTA: Perfecto, ¿qué más?

HÉCTOR: Supongo que podría llamar a un plomero o pedirle a mi hermano que la ayude.

TERAPEUTA: Estupendo. El punto es que podemos emprender muchas acciones que son congruentes con un valor. Si definimos una acción valorada en términos de una o dos respuestas y, por la razón que sea, no podemos responder de esas formas, terminaremos sintiéndonos atorados y miserables. Llevar una vida que sea congruente con nuestros valores implica tener la flexibilidad para considerar múltiples opciones para actuar de una forma que sea significativa para nosotros.

A Héctor también le resultó difícil expresar sus valores en relación con su hermano y sus sobrinos.

HÉCTOR: Quiero sentirme cercano a mi hermano y sus hijos, pero no puedo. No importa cómo los trate, son egoístas y nunca quieren pasar tiempo conmigo.

TERAPEUTA: Una de las cosas más complicadas sobre los valores de relación es que sólo tenemos control de la mitad de la relación. Usted no puede controlar la forma en que actúa su hermano, sólo puede decidir cómo quiere acercarse a él.

HÉCTOR: ¿Me está diciendo que debo dejar que mi hermano viva su vida como lo hace actualmente? ¿Permitir que críe a sus hijos para ser irrespetuosos y groseros?

TERAPEUTA: Para usted es muy doloroso ver que su hermano toma decisiones que no coinciden con sus valores. Y sé que si pudiera controlar su conducta lo haría. Parece que una y otra vez intenta averiguar cómo controlar una situación que escapa a su control. En ocasiones las habilidades de mindfulness pueden ayudarnos a aceptar claramente la realidad de una situación. Por "aceptar" me refiero a reconocer la realidad de la situación, no a que apoye o le guste el enfoque de su hermano. Pero tal vez deba aceptar la realidad de que sólo tiene control de algunas partes de esta situación tan dolorosa. Me parece que usted puede controlar cómo decide definir sus valores en lo que concierne a su relación con su hermano, pero no puede controlar la conducta de él. Si se comporta de manera afectuosa y trata de establecer una relación cercana con él, su hermano puede responder del mismo modo, y ese vínculo podría permitirle hablar con él acerca de lo que le preocupa sobre su manera de criar a sus hijos; o podría terminar con una relación cercana y él podría continuar con sus hábitos actuales; o él podría rechazar por completo sus esfuerzos por acercarse. Elegir nuestras acciones es como dirigir una flecha, podemos decidir cómo apuntamos y cuándo soltamos la flecha, pero no tenemos control de dónde toque tierra. Sin embargo, podemos advertir el lugar en que toca tierra y usar esa información la próxima vez para decidir cómo apuntamos o cuándo disparamos. De igual modo, podemos decidir las acciones que queremos realizar repetidamente, aunque no tenemos control de las consecuencias de nuestras acciones.

Héctor siguió trabajando en la definición de sus valores hasta que sintió que había podido expresar con claridad lo que le importaba en los campos de las relaciones, el trabajo escolar, el cuidado de sí mismo y la participación en la comunidad. Aunque es necesario que los clientes alcancen este hito para que puedan avanzar a la siguiente fase del tratamiento, es importante reconocer que la articulación de los valores es un proceso dinámico. La definición de los valores es útil para dirigir las nueve últimas sesiones del tratamiento, pero lo que más importa es que los clientes adopten la perspectiva general de que la valoración puede ofrecer una brújula que oriente la conducta y mejore la calidad de vida.

Durante esas sesiones, se entregó al paciente la versión final del formato de monitoreo que representaba la aplicación del modelo completo. Éste incluía columnas para fecha y hora, situación, reacciones iniciales (pensamientos, sentimientos, sensaciones), las segundas reacciones (esfuerzos por controlar, opacidad, disposición, aceptación), y acciones y respuestas (p. ej., evitación, acción valorada, aplicación de las habilidades de mindfulness).

Sesiones 8-12

La meta de las sesiones 8 a 12 fue personalizar los conceptos presentados en la primera fase del tratamiento y ayudar a Héctor a aplicar mindfulness y el compromiso a actividades valoradas de su vida cotidiana. Al inicio de cada sesión Héctor y la terapeuta trabajaron juntos para elegir una práctica de mindfulness. Cada semana elegían ejercicios, incluyendo algunos que a Héctor le resultaban particularmente difíciles, los que encontraba más útiles y los que parecían coincidir mejor con sus necesidades dadas las dificultades particulares que enfrentaba (tabla 5-1).

Tabla 5-1. Elección de una práctica de mindfulness

Título	Foco de atención	Cómo puede ayudar	Dónde se encuentra
Mindfulness de la respiración	La respiración	• Es transferible • Puede centrar • Buena introducción a los hábitos de la mente (ocupada, sentenciosa)	MP3 disponible en línea en www.themindful-waythroughanxietybook.com; Kabat-Zinn (1990); Roemer y Orsillo (2009); Orsillo y Roemer (2011)
Mindfulness de los sonidos	Los sonidos	• Nos ayuda a advertir nuestra tendencia a categorizar y juzgar • Nos permite practicar la "mente principiante" -ver las cosas como son, no como imaginamos que serán	MP3 disponible en línea; Segal *et al.,* (2002); Roemer y Orsillo (2009); Orsillo y Roemer (2011)
Espacio de respiración de 3 minutos	Sensaciones físicas (incluyendo la respiración), pensamientos, emociones	• Es útil cuando queremos entrar en contacto con nosotros mismos • Buena práctica para llevar curiosidad y compasión a las sensaciones físicas que por lo general son temidas y evitadas	Segal *et al.,* (2002); Roemer y Orsillo (2009); Orsillo y Roemer (2001)
Mindfulness de las sensaciones físicas	Sensaciones físicas	• Permite tomar consciencia de las sensaciones del cuerpo, sin juicios o evitación	MP3 disponible en línea; Orsillo y Roemer (2011)

		• Aumenta la consciencia de las sensaciones de tensión y relajación	
Mindfulness de la relajación progresiva	Tensión muscular/relajación	• Forma concreta de practicar el "dejar ir" • Puede provocar un estado relajado • Aumenta la consciencia de toda la gama de emociones presentes	MP3 disponible en línea; Orsillo y Roemer (2011)
Mindfulness de las emociones y las sensaciones físicas	Emociones y, o sensaciones físicas acompañantes	• Es útil cuando se experimenta confusión o malestar general • Es útil para evaluar las emociones claras y turbias • Permite la práctica de considerar que los pensamientos y sentimientos son transitorios y separarlos del yo	MP3 disponible en línea; Orsillo y Roemer (2011)
Mindfulness de las nubes y el cielo	Pensamientos, sentimientos e imaginería	• Ayuda a descentrar y a distender	MP3 disponible en línea; Roemer y Orsillo (2009); Orsillo y Roemer (2011)
Provocar una dificultad y trabajarla por medio del cuerpo	Sensaciones físicas relacionadas con la experiencia dolorosa	• Ayuda a cultivar la disposición a experimentar emociones dolorosas • Es un primer paso útil cuando un cliente lucha contra la aceptación de una realidad dolorosa	MP3 disponible en línea; Williams *et al.,* (2007); Roemer y Orsillo (2009); Orsillo y Roemer (2011)
Su experiencia personal con la autocompasión/Observación con mindfulness de los pensamientos autocríticos	Pensamientos autocríticos	• Trae consciencia a las experiencias de crítica en el pasado y el presente • Ayuda a identificar barreras a la autocompasión	MP3 disponible en línea; Orsillo y Roemer (2011)

Meditación en la montaña	Imaginería de la montaña - Transitoriedad de eventos externos a la montaña	• Usa la imagen de una montaña para promover la experiencia de pensamientos, sentimientos y emociones que son cambiantes y temporales • Es particularmente útil para desarrollar el sentido de fortaleza interna o estabilidad, incluso ante la angustia y la reactividad	MP3 disponible en línea; Kabat-Zinn (1995); Roemer y Orsillo (2009); Orsillo y Roemer (2011)

La mayor parte de esas sesiones se enfocaron en usar las estrategias de mindfulness y aceptación que se presentaron en la primera fase para aumentar la disposición de Héctor a involucrarse en las acciones valoradas que había expresado personalmente. Héctor siguió supervisando las acciones valoradas emprendidas, las oportunidades perdidas, mindfulness y los obstáculos a la disposición (figura 5-1).

REGISTRO DE ACTIVIDADES VALORADAS

Por favor complete este formato al final de cada día

Queremos que durante esta semana, al final de cada día piense en una acción que haya realizado y que sea congruente con sus valores o en una oportunidad que haya perdido de realizar una acción congruente con sus valores. Describa brevemente la acción y escriba una R si la realizó o una P si la perdió.

En una escala de 0 a 100 califique qué tan consciente estaba durante la acción o la oportunidad perdida

Anote cualquier obstáculo que haya advertido que le impidió (o que podría haberle impedido) tomar acción

En esta tarea no hay respuestas correctas o equivocadas -por diversas razones todos decidimos no realizar acciones que valoramos-. Ésta es sólo una forma de empezar a entender mejor lo que se interpone en su camino de forma que pueda decidir cómo le gustaría proceder

Fecha	Acción	Realizada (R) o perdida (P)	Mindfulness (0 a 100)	Obstáculos

Figura 5-1. Formato de monitoreo de valores.

Por ejemplo, en la Sesión 10 Héctor compartió que había perdido una oportunidad de participar en una acción valorada. Específicamente, uno de sus profesores favoritos había ofrecido reunirse con él para discutir el proceso de selección de rotaciones, pero Héctor canceló la cita.

TERAPEUTA: ¿Qué advirtió acerca de su respuesta a esa oferta?

HÉCTOR: Al principio estaba emocionado, pero conforme iba pasando el tiempo me sentía cada vez más ansioso.

TERAPEUTA: ¿Puede identificar las emociones claras que surgieron?

HÉCTOR: De hecho, usé el ejercicio de mindfulness de la emoción para desembrollar esto un poco. Me sentí emocionado por dar el siguiente paso en mi educación, feliz de que mi profesor me hubiera elegido y nervioso por los retos que me esperan en mi carrera.

TERAPEUTA: Excelente. ¿Pudo observar sus reacciones a sus reacciones?

HÉCTOR: Honestamente, no hasta hoy. Creo que en el momento me quedé absorto en mis reacciones en lugar de observarlas. Pero durante la práctica de mindfulness de este día advertí algunas de las mismas respuestas antiguas que siempre tengo. Me da miedo sentirme bien conmigo mismo y con mis perspectivas para el futuro. Tengo la misma sensación de que preocuparme por lo que podría salir mal es lo que necesito hacer para asegurarme de que no voy a arruinar las cosas. También me vuelvo muy crítico y sentencioso acerca de mi ansiedad.

TERAPEUTA: ¿Qué cree que podría haber hecho de manera distinta?

HÉCTOR: Me he vuelto un poco laxo cuando tengo que llenar los formatos de monitoreo. Pero estuve pensando en lo que dijo la semana pasada. Creo que el proceso de llenar físicamente el formato en medio de mi angustia puede ayudarme a hacer una pausa… y a recordar algunas de mis habilidades.

La sesión 11 trajo a la terapia un problema más difícil. Héctor estaba sumamente molesto por una interacción que tuvo con un empleado de seguridad de la universidad. Iba de regreso a casa después de una larga noche de estudio cuando el agente de seguridad se le acercó y le pidió que le mostrara la tarjeta de identificación de la universidad. Aunque era casi la medianoche, Héctor observó al menos a otros cinco estudiantes que cruzaban el campus, pero sólo él fue cuestionado. Ya estaba sensible por el hecho de que esa noche había sido la única persona de color en la biblioteca; se sentía estresado por los exámenes, extrañaba a su familia y a sus amigos y estaba francamente cansado de lidiar con esa obvia y sutil discriminación con la que se encontraba cada día. De modo que se negó a presentar la tarjeta de identificación, dijo que la había "perdido" y le gritó al oficial. Aunque al final se resolvió la situación, Héctor estaba enojado, avergonzado por

su conducta en la situación, y confundido.

HÉCTOR: De verdad estoy batallando con este incidente. Mi mente está acelerada. Me siento tenso y no puedo distinguir qué es claro y qué es turbio, y, lo que es más importante, qué acción valorada podría haber elegido.

TERAPEUTA: Es natural experimentar una avalancha de pensamientos y emociones contradictorios en un encuentro tan doloroso. Lamento que, dado el racismo inherente a nuestra sociedad, haya sido sometido a un trato diferente por su aspecto. Este problema estructural es ajeno a usted y no es su culpa. De verdad entiendo cómo pueden acumularse el dolor y el enojo cuando uno tiene que lidiar con este tipo de cosas todo el tiempo. Por supuesto que no quiero sugerirle que tiene que cambiar quién es usted cuando es el sistema el que debe cambiar. Sin embargo, me gustaría que trabajemos con esta situación para ayudarlo a encontrar una forma eficaz de enfrentar este tipo de cosas ya que los dos sabemos que el racismo no va a desaparecer de inmediato y eso significa que debe decidir cómo quiere responder. Si está dispuesto, dediquemos algo de tiempo a una práctica de mindfulness para ver si eso nos ayuda a obtener algo de claridad.

HÉCTOR: No me siento muy abierto justo ahora, pero creo que "Provocar una dificultad y trabajarla por medio del cuerpo" (figura 5-2) podría ser un primer paso.

Antes de que empiece este ejercicio piense en una dificultad que esté experimentando justo ahora. No tiene que ser un problema importante, pero elija algo que le resulte desagradable. Puede ser algo que le preocupa, una discusión o un malentendido que haya tenido, algo que lo haga sentir enojado, resentido, culpable o frustrado. Si no le sucede nada de eso justo ahora, piense en algún momento del pasado reciente en que se haya sentido asustado, preocupado, frustrado, resentido, enojado o culpable y use eso.

Note cómo está sentado en la silla o en el piso. Note dónde toca su cuerpo la silla o el piso. Lleve su atención a su respiración por un momento. Note la inhalación… y la exhalación… Ahora amplíe suavemente su consciencia, llévela al cuerpo como un todo. Note cualquier sensación que surja, respire con todo su cuerpo.

Cuando esté listo, traiga a su mente cualquier situación que le haya provocado emociones difíciles. Lleve su atención a las emociones específicas que surgen y a sus reacciones hacia esas emociones. Concéntrese en la situación problemática y en su reacción emocional, permítase sintonizar con cualquier **sensación física** del cuerpo que vea que está surgiendo… tome consciencia de esas sensaciones físicas… y luego, deliberada pero suavemente dirija el foco de su atención a la región del cuerpo en que las sensaciones son más fuertes con un gesto de abrazo, una bienvenida… advierta que eso es como es justo ahora… y **respire en esa parte del cuerpo** en la inhalación y la exhalación de esa región, explorando las sensaciones y observando sus cambios de intensidad hacia arriba y hacia abajo de un momento a otro.

Ahora, vea si puede llevar esta atención a una actitud aún más profunda de compasión y apertura a cualquier sensación, pensamiento o emoción que esté experimentando, aunque sea dolorosa, diciéndose a sí mismo de tiempo en tiempo, "Está bien. Cualquier cosa que sea, ya está aquí. Voy a abrirme a ello".

Mantenga la consciencia de esas sensaciones internas, respire con ellas, aceptándolas, dejándolas ser y

permitiendo que sean lo que son. Dígase de nuevo, si le resulta útil, "Justo ahora está aquí. Cualquier cosa que sea ya está aquí. Voy a abrirme a ello". Suavice y ábrase a la sensación de la que toma consciencia, libérese de cualquier preocupación y sostén. Si lo desea, también puede tratar de mantener en la consciencia las sensaciones del cuerpo y la sensación de la respiración que entra y sale cuando respira con las sensaciones momento a momento.

Y cuando se percate de que las sensaciones corporales ya no jalan su atención en la misma medida, simplemente regrese 100% a la respiración y siga con eso como objeto principal de su atención. Luego lleve suavemente su consciencia a la forma en que está sentado en la silla, a su respiración, y cuando esté listo, abra los ojos.

Figura 5-2. Provocar una dificultad y trabajarla por medio del cuerpo. Tomado de Williams, Teasdale, Segal y Kabat-Zinn (2007, pp. 151-152). Copyright 2007 de The Guilford Press. Adaptado con autorización.

Luego del ejercicio Héctor parecía más calmado, aunque también tenía lágrimas en los ojos.

TERAPEUTA: ¿Qué advirtió?

HÉCTOR: Fue muy sencillo localizar la tensión, estaba en la boca de mi estómago y trabajé para liberar mi tensión. Una vez que mi cuerpo se relajó dirigí mi atención a mis pensamientos sobre el incidente.

TERAPEUTA: ¿Y qué observó?

HÉCTOR: Tuve pensamientos sobre el racismo y lo injusto que es que la gente sea tratada de modo diferente por su apariencia. Sentí enojo, lo que pienso que fue una emoción clara, pero luego empecé a sentirme avergonzado de mi conducta.

TERAPEUTA: ¿Esa reacción fue clara o turbia?

HÉCTOR: Bien, creo que un poco de ambas. Definitivamente pude traer algo de compasión hacia mí. Nadie quiere ser tratado de manera distinta por su apariencia.

TERAPEUTA: Eso es genial. Yo sé que no es fácil para usted adoptar una actitud compasiva hacia sus pensamientos y acciones. ¿Qué piensa que fue claro en la respuesta?

HÉCTOR: Estoy avergonzado de mi conducta. No es congruente con mis valores tratar a alguien de la forma en que traté al oficial, aunque se lo merezca. Francamente no me interesa lo que él piense de mí, pero sí me importa lo que yo pienso de mí mismo.

TERAPEUTA: Parece que dijo e hizo algunas cosas que no corresponden a sus valores. Me pregunto si puede traer algo de compasión hacia sí mismo por eso. Aunque pretendemos comportarnos de acuerdo con nuestros valores, todos tenemos fallas. Ésta fue una situación muy difícil y usted estaba vulnerable al entrar en ella. Lo importante es que ahora tiene incluso mayor consciencia de sus valores. ¿Hay algunas acciones congruentes que pueda realizar esta semana?

HÉCTOR: Este incidente me hizo darme cuenta de que mis valores han estado un poco fuera de balance últimamente. He prestado demasiada atención al área del trabajo escolar y al campo de las relaciones, pero creo que es necesario que realice algunas acciones que coincidan con mis valores en relación con el cuidado de mí mismo y con la comunidad.

Al inicio del semestre me encontré con un volante de la Asociación de Estudiantes Latinos de Medicina y me parece que voy a entrar en contacto con ellos para ver si hay algunas actividades en las que pueda participar.

TERAPEUTA: Eso suena muy bien.

HÉCTOR: También pienso que puedo tratar de conocer a alguien de seguridad del campus. Me parece que quiero disculparme por mi conducta y también que quiero hablar con ellos acerca de un entrenamiento de sensibilidad cultural. Y no se preocupe, no me olvido del asunto de la flecha de la que me habló hace algunas semanas. Sólo puedo dirigir la flecha, no puedo controlar dónde toca tierra. Sé que no puedo cambiar sus prácticas, pero esas acciones son congruentes con mis valores.

Sesiones 13 a 16

Héctor completó una tarea de escritura de reflexión sobre el tratamiento que estableció las condiciones para las cuatro últimas sesiones de la terapia. Identificó algunas acciones valoradas específicas que quería realizar antes del fin de la terapia. También reconoció que, aunque mantenía una práctica formal bastante estable de mindfulness, se había ocupado menos de mindfulness informal. También logró grandes ganancias al aumentar su autocompasión, pero sentía que necesitaba más práctica mientras todavía tuviera el apoyo de la terapia.

Por consiguiente, en las Sesiones 13 a 15 se mantuvo la estructura de las Sesiones 8 a 11, pero se puso atención a las cuestiones de mantenimiento. Durante este tiempo la terapeuta se comportó de manera cada vez menos directiva, lo que permitió que Héctor abordara por sí mismo los obstáculos y los sorteara con éxito. En esta época Héctor empezó a salir con una pareja y amplió su red social, se sentía más satisfecho con la relaciones con sus familiares y logró más éxito y satisfacción en su trabajo escolar.

En la última sesión la terapeuta le anticipó que habría momentos en que, a pesar de los grandes logros reportados, se sentiría abrumado por la emoción, alejado de su práctica de mindfulness y en que perdería de vista sus valores. Describió esas "fallas" como parte natural del proceso de vida y lo ayudó a planear la forma de afrontarlas. En particular, le sugirió que revisara los manuales de su carpeta, iniciara de nuevo el automonitoreo, aumentara o reiniciara la práctica de mindfulness y que considerara escribir sobre valores. Terapeuta y paciente colaboraron en el desarrollo de una lista personalizada de elementos que habían sido particularmente útiles para él y agregaron esa lista a la carpeta. Héctor expresó tristeza al despedirse de su terapeuta, pero también emoción por sentirse capaz de continuar progresando por sí mismo y poder dedicar el tiempo asignado a la terapia a avanzar en otras acciones valoradas.

CONCLUSIÓN

La evidencia sugiere que la terapia conductual basada en la aceptación no sólo puede enfocarse en los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, en problemas comórbidos y en los mecanismos que se propone subyacen a esas condiciones clínicas, sino que también ayuda a los clientes a comprometerse con su vida de formas satisfactorias. En este capítulo se presenta una base conceptual de este tratamiento, así como directrices que permiten aplicarlo de manera flexible y mantener al mismo tiempo su sensibilidad al contexto específico de un determinado cliente. Se requiere de más investigación para entender mejor los mecanismos y procesos de cambio, así como divulgar este tratamiento en escenarios de atención primaria y comunitaria.

RECONOCIMIENTOS

Agradecemos a los terapeutas, estudiantes y clientes con los que hemos trabajado a lo largo de los años por todo lo que nos han enseñado, así como a los Institutos Nacionales de Salud por financiar nuestro trabajo (subvención No. MH074589). También agradecemos a Dave Barlow, Tim Brown, Bonnie Brown y al personal del Centro para la Ansiedad y Trastornos Relacionados por apoyar nuestra investigación durante los 10 años anteriores. Dedicamos este capítulo a Tom Borkovec, cuyo trabajo fundamental en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada es el cimiento sólido en que se basa nuestro trabajo.

NOTA

1. Las grabaciones en audio de este ejercicio, así como de otros ejercicios de mindfulness que utilizamos, están disponibles, en idioma inglés, en https://mindfulwaythroughanxiety.com/ En Roemer y Orsillo (2009) y en Orsillo y Roemer (2011) encontrará los guiones para muchos de esos ejercicios de mindfulness.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Andrews, G., Hobbs, M. J., Borkovec, T. D., Beesdo, K., Craske, M. G., Heimberg, R. G., et al. (2010). Generalized worry disorder: A review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V. *Depression and Anxiety, 27*(2), 134–147.

Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80* (5), 750–765.

Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Borkovec, T. D., Rickels, K., et al. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 53–58.

Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(8), 1011–1023.

Belanger, L., Ladouceur, R., & Morin, C. M. (2005). Generalized anxiety disorder and health care use. *Canadian Family Physician, 51*(10), 1362–1363.

Blevins, D., Roca, J. V., & Spencer, T. (2011). Life guard: Evaluation of an ACT-based workshop to facilitate reintegration of OIF/OEF veterans. *Professional Psychology: Research and Practice, 42*(1), 32–39.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*, 676–688.

Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. (pp. 77–108). New York: Guilford Press.

Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 611–619.

Borkovec, T. D., & Hu, S. (1990). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy, 28* (1), 69–73.

Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 26*(1), 25–30.

Borkovec, T. D., & Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 37–42.

Borkovec, T. D., & Sharpless, B. (2004). Generalized anxiety disorder: Bringing cognitive-behavioral therapy into the valued present. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M.

Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 209–242). New York: Guilford Press.

Brown, L. A., Forman, E. M., Herbert, J. D., Hoffman, K. L., Yuen, E. K., & Goetter, E. M. (2011). A randomized controlled trial of acceptance-based behavior therapy and cognitive therapy for test anxiety: A pilot study. *Behavior Modification, 35*(1), 31–53.

Bruce, S. E., Machan, J. T., Dyck, I., & Keller, M. B. (2001). Infrequency of "pure" GAD: Impact of psychiatric comorbidity on clinical course. *Depression and Anxiety, 14*(4), 219–225.

Chodron, P. (2007). *Practicing peace in times of war*. Boston: Shambhala.

Cisler, J. M., & Koster, E. H. W. (2010). Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: An integrative review. *Clinical Psychology Review, 30* (2), 203–216.

Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. J. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(1), 108–116.

Davidson, J. R. T., Bose, A., Korotzer, A., & Zheng, H. (2004). Escitalopram in the treatment of generalized anxiety disorder: Double-blind, placebo controlled, flexibledose study. *Depression and Anxiety, 19* (4), 234–240.

Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2009). Mindfulness practice. In W. T. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 425–434). Hoboken, NJ: Wiley.

Di Nardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. Albany, NY: Graywind.

Dugas, M. J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., et al. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 41*(1), 46–58.

Etkin, A., & Schatzberg, A. F. (2011). Common abnormalities and disorder-specific compensation during implicit regulation of emotional processing in generalized anxiety and major depressive disorders. *American Journal of Psychiatry, 168* (9), 968–978.

Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(4), 716–721.

Fuchs, C., Lee, J. K., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2013). Using mindfulness and acceptance-based treatments with clients from nondominant and/or marginalized backgrounds: Clinical considerations, meta-analysis findings, and introduction to the special series. *Cognitive and Behavioral Practice, 20* (1), 1–12.

Fuchs, C., West, L. M., Graham, J. R., Hayes-Skelton, S. A., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2012, April). *Exploring the acceptability of mindfulness-based treatment among individuals from non-dominant cultural backgrounds*. In J. R. Graham (Chair), Examining Mindfulness and Anxiety across Diverse Methods and Contexts Symposium presented at the annual meeting of the Anxiety Disorders Association of America, Arlington, VA.

Gelenberg, A. J., Lydiard, R. B., Rudolph, R. L., Aguiar, L., Haskins, J. T., & Salinas, E. (2000). Efficacy of venlafaxine extended-release capsules in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder: A 6-month randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 283*(23), 3082–3088.

Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive–compulsive disorder. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 923–933.

Germer, C. K. (2005). Anxiety disorders: Befriending fear. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 152–172). New York: Guilford Press.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41–54.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39* (3), 281–291.

Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(1), 95–103.

Hayes, S. A., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2010). Changes in proposed mechanisms of action during an acceptancebased behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 48* (3), 238–245.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152–1168.

Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2013). A randomized clinical trial comparing an acceptance based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(5), 761–773.

Hays, P. A. (2008). *Addressing cultural complexities in practice: Assessment, diagnosis, and therapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Heatherington, L., Harrington, N. T., Harrington, J., Neimeyer, K. F., Weinberg, S. C., & Friedlander, M. L. (2013). *Applying group cognitive behavior therapy for anxiety disorders in community settings: Retention, outcome, and clinical considerations*. Manuscript under review.

Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M. M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., et al. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38* (8), 602–612.

Hidalgo, R. B., Tupler, L. A., & Davidson, J. R. T. (2007). An effect-size analysis of pharmacologic treatments for generalized anxiety disorder. *Journal of Psychopharmacology, 21*(8), 864–872.

Hoffman, D. L., Dukes, E. M., & Wittchen, H. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 25*(1), 72–90.

Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Andrews, G., & Lapsley, H. (2004). Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychological Medicine, 34*(1), 19–35.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta.

Kabat-Zinn, J. (1995). *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10* (2), 144–156.

Katzman, M. A. (2009). Current considerations in the treatment of generalized anxiety disorder. *CNS Drugs, 23*(2), 103–120.

Kennedy, B. L., & Schwab, J. J. (1997). Utilization of medical specialists by anxiety disorder patients. *Psychosomatics, 38* (2), 109–112.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593–602.

Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(3), 276–289.

Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy, 38* (9), 933–941.

Lee, J. K., Fuchs, C., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2009). Cultural considerations in acceptance-based behavior therapies. In L. Roemer & S. M. Orsillo (Eds.), *Mindfulnessand acceptance-based behavioral therapies in practice* (pp. 215–228). New York: Guilford Press.

Lee, J. K., Orsillo, S. M., Roemer, L., & Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: Exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive Behaviour Therapy, 39* (2), 126–136.

Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy, 35*(4), 747–766.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Logue, M. B., Thomas, A. M., Barbee, J. G., & Hoehn-Saric, R. (1993). Generalized anxiety disorder patients seek evaluation for cardiological symptoms at the same frequency as patients with panic disorder. *Journal of Psychiatric Research, 27*(1), 55–59.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation of Australia.

Marten, P. A., Brown, T. A., Barlow, D. H., Borkovec, T. D., Shear, M. K., & Lydiard, R. B. (1993). Evaluation of the ratings comprising the associated symptom criterion of DSM-III-R generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181*(11), 676–682.

Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2014). Emotion regulation therapy. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 469–490). New York: Guilford Press.

Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating

components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy, 38* (3), 284–302.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28* (6), 487–495.

Michelson, S. E., Lee, J. K., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2011). The role of values-consistent behavior in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 28* (5), 358–366.

Mussell, M., Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Herzog, W., & Löwe, B. (2008). Gastrointestinal symptoms in primary care: Prevalence and association with depression and anxiety. *Journal of Psychosomatic Research, 64*(6), 605–612.

Najmi, S., & Wegner, D. M. (2008). Thought suppression and psychopathology. In A. J. Elliot (Ed.), *Handbook of approach and avoidance motivation* (pp. 447–459). New York: Psychology Press.

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*(3), 223–250.

Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., Fisher, A. J., Boswell, J. F., Szkodny, L. E., et al. (2011). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused and interpersonal therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79* (2), 171–181.

Nhat Hanh, T. (1992). *Peace is every step: The path of mindfulness in everyday life*. New York: Bantam Books.

Olatunji, B. O., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2009). Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: A meta-analytic review and synthesis. *Psychological Bulletin, 135*(6), 974–999.

Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2011). *The mindful way through anxiety: Break free from chronic worry and reclaim your life*. New York: Guilford Press.

Orsillo, S. M., Roemer, L., & Barlow, D. H. (2003). Integrating acceptance and mindfulness into existing cognitivebehavioral treatment for GAD: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 10* (3), 222–230.

Orsillo, S.M., Roemer, L., & Salters-Pedneault, K. (2008, November). *Acceptance-based behavioral therapy for GAD: Predictors of change*. Paper presented at the annual meeting of the Association of Behavioral and Cognitive Therapies, Orlando, FL.

Przeworski, A., Newman, M. G., Pincus, A. L., Kasoff, M. B., Yamasaki, A. S., Castonguay, L. G., et al. (2011). Interpersonal pathoplasticity in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 120* (2), 286–298.

Rickels, K., Zaninelli, R., McCafferty, J., Bellew, K., Iyengar, M., & Sheehan, D. (2003). Paroxetine treatment of generalized anxiety disorder: A double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry, 160* (4), 749–756.

Revicki, D. A., Travers, K., Wyrwich, K. W., Svedsäter, H., Locklear, J., Mattera, M., et al. (2012). Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe. *Journal of Affective Disorders, 140* (2), 103–112.

Roemer, L., & Borkovec, T. D. (1994). Effects of suppressing thoughts about emotional material. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(3), 467–474.

Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy, 40* (2), 142–154. Roemer, L., Molina, S., & Borkovec, T. D. (1997). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*(5), 314–319.

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 38* (1), 72–85.

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2009). *Mindfulnessand acceptance-based behavioral therapies in practice*. New York: Guilford Press.

Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 1083–1089.

Romera, I., Fernández-Pérez, S., Montejo, Á. L., Caballero, F., Caballero, L., Arbesú, J. Á., et al. (2010). Generalized anxiety disorder, with or without co-morbid major depressive disorder, in primary care: Prevalence

of painful somatic symptoms, functioning and health status. *Journal of Affective Disorders, 127*(1–3), 160–168.

Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Bentley, K. H., Ametaj, A., & Barlow, D. H. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy, 50* (9), 551–557.

Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Siev, J., & Chambless, D. L. (2007). Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(4), 513–522.

Sobczak, L. R., & West, L. M. (2013). Clinical considerations in using mindfulnessand acceptance-based approaches with diverse populations: Addressing challenges in service delivery in diverse community settings. *Cognitive and Behavioral Practice, 20* (1), 13–22.

Sorensen, S. M., Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2012, June). *Working alliance across an acceptance-based behavior therapy and applied relaxation for clients with GAD*. Poster presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Virginia Beach, VA.

Stapinski, L. A., Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2010). Fear and perceived uncontrollability of emotion: Evaluating the unique contribution of emotion appraisal variables to prediction of worry and generalised anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 48* (11), 1097–1104.

Stöber, J., & Bittencourt, J. (1998). Weekly assessment of worry: An adaptation of the Penn State Worry Questionnaire for monitoring changes during treatment. *Behaviour Research and Therapy, 36*(6), 645–656.

Sue, D. W., & Sue, D. (2012). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (6th ed.). Hoboken, NJ: Wiley. Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist, 53*(4), 440–448.

Thayer, J. F., Friedman, B. H., & Borkovec, T. D. (1996). Au- tonomic characteristics of generalized anxiety disorder and worry. *Biological Psychiatry, 39* (4), 255–266.

Treanor, M., Erisman, S. M., Salters-Pedneault, K., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2011). Acceptance-based behavioral therapy for GAD: Effects on outcomes from three theoretical models. *Depression and Anxiety, 28* (2), 127–136.

Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the united states: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 629–640.

Waters, A. M., & Craske, M. G. (2005). Generalized anxiety disorder. In M. M. Antony, D. R. Ledley, & R. G. Heimberg (Eds.), *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavorial therapy* (pp. 77–127). New York: Guilford Press.

Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29* (1), 107–121.

Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 48* (5), 429–434.

Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(3), 638–643.

Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & KabatZinn, J. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: Guilford Press.

Williams, K. E., Chambless, D. L., & Ahrens, A. (1997). Are emotions frightening?: An extension of the fear of fear construct. *Behaviour Research and Therapy, 35*(3), 239–248.

Wilson, K. G., & Murrell, A. R. (2004). Values work in acceptance and commitment therapy: Setting a course for behavioral treatment. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120–151). New York: Guilford Press.

Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *Psychological Record, 60* (2), 249–272.

Capítulo 6

Trastornos emocionales. Un protocolo transdiagnóstico unificado

Laura A. Payne • Kristen K. Ellard • Todd J. Farchione • Christopher P. Fairholme • David H. Barlow

En este capítulo se describe un protocolo de tratamiento desarrollado en el Centro para la Ansiedad y Trastornos Relacionados de la Universidad de Boston. En este protocolo transdiagnóstico "unificado" se sintetizaron los principios terapéuticos comunes al tratamiento psicológico de los diversos trastornos emocionales y se integraron en un protocolo único que, en teoría, puede aplicarse a una amplia gama de trastornos emocionales. A diferencia de los protocolos para problemas o trastornos específicos que se describen en otros capítulos, los esfuerzos por establecer una validación empírica apenas empiezan a beneficiarle. No obstante, los componentes que integran este tratamiento tienen un amplio apoyo empírico y los resultados iniciales de su integración son prometedores. La novedad en el enfoque es la aplicación sistemática de sus componentes de tratamiento a diversos trastornos, así como los desarrollos teóricos que permitieron replantear el objetivo principal del tratamiento al temperamento común, de orden superior, que mantiene los trastornos emocionales, y no a los grupos de sistemas específicos definidos por el DSM. Por supuesto, la principal ventaja, además de simplificar considerablemente la divulgación al eliminar numerosos protocolos para trastornos únicos que se traslapan, es que este enfoque también toma en consideración la gran comorbilidad que suele encontrarse entre los trastornos emocionales. Este enfoque se ilustra en el tratamiento de "Joseph". -D. H. B.

Cuando se publicó la primera edición de este libro, en 1985, era el inicio de los tratamientos psicológicos basados en evidencia. En ese momento se incluyeron únicamente descripciones de aquellos tratamientos que habían recibido apoyo empírico suficiente y que podían aplicarse a gran cantidad de individuos con diversas formas de psicopatología. En las ediciones subsecuentes se agregaron nuevos métodos de tratamiento atractivos y con fuerte soporte empírico, mientras que otros se eliminaron. Además, el campo maduró al punto en que los servicios de salud pública de todo el mundo decidieron que los tratamientos psicológicos basados en evidencia debían formar parte integral de los sistemas de salud debido a su efectividad, eficacia y durabilidad

(Clark, 2012; Nathan y Gorman, 2007; Ruzek, Karlin y Zeiss, 2012). Otra señal sobre la madurez de un campo es examinar de cerca las limitaciones de la evidencia existente. Obviamente, una cantidad importante de pacientes todavía no responden tan bien como sería deseable a todos los tratamientos psicológicos (o farmacológicos), y hay mucho que puede mejorarse.

Otro problema que se ha hecho aparente, sobre todo en el contexto de los trastornos emocionales, es que existe una gran variedad de protocolos de tratamiento para cada uno de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo por seprado. Si bien en líneas generales esos protocolos han demostrado su utilidad y han sido bien recibidos, se requiere mucho entrenamiento para alcanzar la familiaridad suficiente que permita integrar a la práctica clínica a los distintos protocolos (Barlow, Bullis, Comer y Ametaj, 2013). A menos que se siga la recomendación de aumentar su facilidad de uso, es poco probable que los clínicos tengan una comprensión y acceso suficiente a esos tratamientos basados en evidencia para los trastornos emocionales (McHugh y Barlow, 2012). En este capítulo se presenta un protocolo transdiagnóstico unificado para el tratamiento de los trastornos emocionales. En esta concepción, los **trastornos emocionales** incluyen no sólo los trastornos de ansiedad, depresivo, obsesivo-compulsivo y relacionados con el trauma, sino también otras clases de trastornos en que la experiencia y regulación de la emoción juegan un papel destacado, como en trastornos somáticos, disociativos y, en cierta medida, los alimentarios. El trastorno límite de personalidad también puede concebirse como un trastorno de extrema disregulación emocional (Sauer-Zavala y Barlow, 2013; Neacsiu y Linehan, en el capítulo 10 de este volumen) y, de acuerdo con el antiguo formato de este libro, puede encajar en nuestra concepción del protocolo unificado.

LÓGICA DE UN ENFOQUE UNIFICADO

Quizá el argumento más sólido a favor de un enfoque transdiagnóstico unificado de tratamiento para los trastornos emocionales es el surgimiento de un cuerpo de evidencia que apoya la existencia de aspectos comunes en la etiología de esos trastornos que, recientemente, se resumieron en un nuevo modelo etiológico conocido como "triple vulnerabilidad" (Barlow, 1991, 2000, 2002; Suárez, Bennett, Goldstein y Barlow, 2009). Por supuesto, es importante advertir que todavía no se identifican con certeza las vías etiológicas o procesos fisiopatológicos compartidos y que los trastornos emocionales y sus subtipos a su vez pueden estar asociados con una patología subyacente única (lo que refleja una verdadera organización categórica) con una taxonomía identificable. No obstante, en la actualidad la evidencia sobre los procesos patológicos compartidos es lo bastante sólida para justificar un método de tratamiento transdiagnóstico.

Un segundo argumento se relaciona con una concepción de los principales trastornos emocionales en que se enfatizan sus elementos comunes más que sus diferencias. La aproximación del "espectro" es una manifestación de esta idea. Por ejemplo, altas tasas de comorbilidad sugieren un traslape considerable entre trastornos. Los efectos observados de los tratamientos psicológicos actuales sobre las condiciones comórbidas también indican al menos una indeterminación parcial de la respuesta al tratamiento. Desde una perspectiva fenomenológica, la investigación emergente sobre la estructura latente de los rasgos dimensionales de los trastornos emocionales revela una estructura jerárquica que puede dar cabida a esos trastornos. En las siguientes secciones se hace una breve revisión de la evidencia relevante para esos argumentos.

Etiología

Se ha descrito en cierto detalle la interacción de un conjunto de vulnerabilidades o diátesis relevante para el desarrollo de la ansiedad, los trastornos de ansiedad y otros trastornos emocionales relacionados. Esta teoría de la **triple vulnerabilidad** incluye vulnerabilidad biológica generalizada, vulnerabilidad psicológica generalizada y vulnerabilidad psicológica específica que surge del aprendizaje temprano (Barlow, 2000, 2002; Suárez *et al.,* 2009). Buena parte de la investigación sobre las vulnerabilidades biológica y psicológica generalizadas se ha enfocado en un temperamento al que se han asignado etiquetas diversas como **neuroticismo, afecto negativo, inhibición conductual** o **ansiedad rasgo.** Aunque la relación entre esos rasgos estrechamente relacionados y el temperamento aún no se define del todo, al parecer presentan un traslape considerable y representan un tema común asociado con una vulnerabilidad biológica al desarrollo de trastornos emocionales (Barlow, 2000, 2002; Campbell-Sills, Liverant y Brown, 2004; Suárez *et al.,* 2009). Se hace referencia a este temperamento por su etiqueta más tradicional de **neuroticismo** (Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis y Ellard, en prensa; Eysenck, 1948). La vulnerabilidad biológica generalizada involucra contribuciones genéticas no específicas al desarrollo del neuroticismo. Además, las experiencias tempranas que fomentan la idea de que los eventos, en particular los

negativos, son impredecibles e incontrolables contribuyen a la vulnerabilidad psicológica generalizada, o diátesis, al desarrollo posterior del neuroticismo.

Si resulta que la vulnerabilidad biológica y la psicológica generalizadas se alinean y son potenciadas por la influencia del estrés, el resultado probable es el desarrollo de dos síndromes clínicos estrechamente relacionados, el trastorno de ansiedad generalizada y trastornos depresivos. Advierta además que los sucesos estresantes también pueden dar lugar a falsas alarmas (ataques de pánico), las cuales son facilitadas por altos niveles de ansiedad de línea base. Pero al parecer la heredabilidad de esas falsas alarmas es diferente a la de la ansiedad y no necesariamente están relacionadas con un trastorno clínico. Para que eso ocurra, debe considerarse una capa adicional de vulnerabilidad psicológica más específica. En particular, ciertas experiencias de aprendizaje parecen relacionar la ansiedad a circunstancias específicas, y esas circunstancias o sucesos se asocian con una sensación exacerbada de amenaza o peligro. Por ejemplo, experiencias de aprendizaje temprano específicas parecen determinar si los individuos consideran que las sensaciones somáticas, los pensamientos intrusivos o la evaluación social son especialmente peligrosos (Barlow, 2002; Bouton, Mineka y Barlow, 2001); es decir, para dar un ejemplo, los individuos con ansiedad social suelen incluir en sus antecedentes advertencias de padres o familiares de que deben exhibir siempre su mejor conducta o su mejor apariencia para evitar la consecuencia temida de la "desaprobación" o evaluación negativa de los otros. Esta vulnerabilidad psicológica específica es la que, cuando coincide con las vulnerabilidades biológica y psicológica que mencionamos antes, parece contribuir al desarrollo de trastornos diferenciados de ansiedad como el de ansiedad social, pánico y fobias específicas. Este modelo también puede aplicarse al trastorno obsesivo-compulsivo y a trastornos relacionados con trauma y estresores. Por ejemplo, en el trastorno obsesivo-compulsivo los individuos suelen informar que aprendieron de figuras de autoridad que tener un pensamiento es tan malo como involucrarse en la acción (es decir, pensar en sacudir a un bebé recién nacido para que se calle es tan malo como sacudirlo de verdad). En otros trabajos se ha revisado en detalle la evidencia a favor de este modelo de "triple vulnerabilidad" (Bouton *et al.,* 2001; Chorpita y Barlow, 1998; Suárez *et al.* 2009) y se ha encontrado que es congruente con la evidencia primordial de factores comunes en la génesis y presentación de trastornos emocionales.

Estructura latente de los trastornos emocionales

Si bien la cuarta y quinta ediciones del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR y DSM-5: American Psychiatric Association, 2000, 2013) destacan una **aproximación diferenciada** a la nosología en un intento por alcanzar tasas elevadas de confiabilidad del diagnóstico, esto puede haberse logrado a expensas de la validez diagnóstica; es decir, es posible que el sistema actual destaque categorías que son variaciones menores de síndromes subyacentes más fundamentales. En la actualidad se dispone de métodos cuantitativos que gracias a la metodología de la variable latente pueden examinar toda la gama de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, así como sus interrelaciones, sin las restricciones de las categorías existentes

probablemente superficiales (Brown, Chorpita y Barlow, 1998; Chorpita, Albano y Barlow, 1998; Clark, 2005; Clark y Watson, 1991; Watson, 2005). Por ejemplo, Brown y colaboradores (1998) confirmaron una estructura jerárquica de los trastornos emocionales en una muestra de 350 pacientes con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo según el DSM-IV. En esa estructura se identificaron los rasgos del afecto negativo y del afecto positivo como factores cruciales de orden superior para los factores del trastorno en el DSM-IV, con vías significativas del afecto negativo a cada uno de los cinco factores del trastorno en el DSM-IV (trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y depresión mayor). Curiosamente, el afecto positivo bajo sólo presentó sesgos significativos hacia la depresión mayor y fobia social. En este modelo, la activación autónoma representa al fenómeno de pánico y esta activación aparece como un factor de orden inferior con vías significativas del trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada (donde la relación fue negativa).

Un estudio separado que siguió durante dos años a 606 pacientes con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo según el DSM-IV encontró apoyo adicional a este modelo jerárquico (Brown, 2007). De acuerdo con hallazgos transversales anteriores, las dos dimensiones de temperamento de orden superior de neuroticismo/inhibición conductual/afectividad negativa y de activación conductual/afectividad positiva explicaron prácticamente la totalidad de la covarianza entre los constructos del trastorno del DSM-IV (trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y depresión mayor). Además, la tasa de cambio en neuroticismo/inhibición conductual durante el periodo del estudio explicó prácticamente toda la covarianza entre la tasa de cambio en los constructos del trastorno del DSM-IV. Hallazgos como esos sugieren que los elementos comunes entre los trastornos emocionales pesan más que las diferencias. A partir de esa investigación se concluyó que las categorías de trastorno emocional del DSM-IV se entienden mejor como conceptos o constructos útiles que surgen como "irregularidades" en un contexto general de neuroticismo/inhibición conductual, pero que quizá no sean la mejor forma de organizar la nosología (Brown y Barlow, 2009).

Traslape entre trastornos

Al nivel diagnóstico, el traslape entre los trastornos emocionales es más evidente en las altas tasas de comorbilidad actual y permanente (p. ej., Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001; Kessler *et al.,* 1996; Roy-Byrne. Craske y Stein, 2006; Tsao, Mystkowski, Zucker y Craske, 2000, 2005). Los resultados de Brown, Campbell y colaboradores (2000) indican que en el momento de la evaluación, 55% de los pacientes con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad presentaban al menos un trastorno adicional de ansiedad o depresivo. Pero si se examina la presencia de un trastorno durante la vida del paciente, esté o no presente en el momento de la entrevista, esta tasa aumenta a 76%. Para tomar un ejemplo, se determinó que 60% de 324 pacientes diagnosticados con trastorno de pánico, con o sin agorafobia (TP/A), cumplían los criterios para recibir un diagnóstico de trastorno adicional de ansiedad, del estado de

ánimo o de ambos. Específicamente, 47% presentó trastorno adicional de ansiedad y 33% uno adicional del estado de ánimo. Cuando se consideran diagnósticos asignados durante toda la vida, los porcentajes aumentan a 77% que experimenta cualquier trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, que se descompone a 56% para cualquier trastorno de ansiedad y 60% para cualquier trastorno del estado de ánimo. Si los diagnósticos principales (los más severos) correspondieron al trastorno de estrés postraumático o del trastorno de ansiedad generalizada, las tasas de comorbilidad eran más elevadas. Merikangas, Zhang y Aveneoli (2003) siguieron durante 15 años a casi 500 individuos y encontraron que eran relativamente pocas las personas que sólo sufrían de ansiedad o depresión. Cuando ocurría un solo trastorno en algún punto en el tiempo, casi con certeza aparecía más tarde el trastorno adicional del estado de ánimo.

En otros trabajos se ha hecho una revisión exhaustiva de varias explicaciones posibles de esas elevadas tasas de comorbilidad (Brown y Barlow, 2002). Entre ellas se encuentran problemas relativamente triviales con los criterios para definir el traslape; tasas base diferenciales de ocurrencia en un escenario, la posibilidad de una relación secuencial entre los trastornos, y que las características de un trastorno actúen como factores de riesgo para otro. Por ejemplo, la depresión parece seguir al trastorno de pánico con agorafobia, y éste al parecer sigue al trastorno por estrés postraumático. Pero la explicación más interesante, para estos fines, ofrecida inicialmente por individuos como Gavin Andrews y Peter Tyrer (Andrews, 1990, 1996; Tyrer, 1989; Tyrer *et al.,* 1998), es que este patrón de comorbilidad apoya la existencia de lo que se ha llamado **síndrome neurótico general.** Andrews y Tyrer sugirieron que la diferencia en la expresión de los síntomas del trastorno emocional (variación individual en la prominencia de la ansiedad social, ataques de pánico, anhedonia, entre otros) es simplemente una variación trivial en la manifestación de un síndrome más amplio. A su vez, esto coincide con los modelos de triple vulnerabilidad mencionados antes, según los cuales los trastornos de ansiedad (y del estado de ánimo) surgen de diátesis psicosociales y biológicas o genéticas compartidas. De ser este el caso, entonces un protocolo unificado de tratamiento que trascienda las categorías diagnósticas actuales para abordar los rasgos centrales de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo podría ser una opción más parsimoniosa y, quizá, más poderosa.

En otro trabajo se revisaron en cierto detalle la evidencia genética y neurobiológica sobre los elementos comunes entre los estados depresivos y de ansiedad (Barlow, 2002, capítulos 3, 6, 7 y 8; Bouton, 2005; Brown, 2007; Suárez *et al.,* 2009). Por ejemplo, la mayor parte de los trabajos sobre las contribuciones genéticas a la ansiedad y la depresión apoyan la máxima de Ken Kendler (1996; Kendler *et al.,* 1995), **genes iguales ambiente diferente** (Hettema, Neale y Kendler, 2001; Rutter, Moffit y Caspi, 2006). En congruencia con la teoría de una vulnerabilidad genética subyacente se han vinculado variaciones genéticas tanto a la ansiedad rasgo como a la emocionalidad negativa (o neuroticismo) (Montag, Fiebach, Kirsch y Reuter, 2011; Stein, Campbell-Sills y Gelernter, 2009), y se ha encontrado que influyen en el desarrollo posterior de psicopatología luego de enfrentar estresores (Caspi *et al.,* 2003). Recientemente, en una

cantidad importante de publicaciones sobre genética se han observado vínculos entre polimorfismos genéticos y la función y estructura de las vías neuronales implicadas en el procesamiento emocional, lo que sugiere una asociación entre predisposición genética, procesamiento ineficiente o inadaptado de la emoción, y el desarrollo de trastornos emocionales. Por ejemplo, se han asociado variaciones genéticas con la hiperactivación de estructuras nerviosas implicadas en la generación de la emoción (Drabant *et al.,* 2012; Lonsdorf *et al.,* 2011; Munafo, Brown y Hariri, 2008), disminución en el volumen de la materia gris en regiones límbicas y disminución en la conectividad funcional entre las regiones generadoras de emoción y las estructuras implicadas en su control inhibitorio (Pezawas *et al.,* 2005).

En diversos trastornos se han observado también incrementos en la percepción de que las emociones son incontrolables e intolerables, en el procesamiento evasivo y en los intentos de control emocional (Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann, 2006a, 2006b; Weinberg y Hancak, 2010; Weiser, Pauli, Weyers, Alpers y Mühlberger, 2009). También se ha demostrado la presencia de intolerancia a la incertidumbre y a la angustia en trastornos tan diversos como la depresión y los de ansiedad generalizada, ansiedad social y obsesivo-compulsivo (Boelen, Vrinssen y van Tulder, 2010: Boswell, Thompson-Holland, Farchione y Barlow, 2013; Lee, Orsillo, Roemer y Allen, 2010).

Además, cada vez son más los estudios que demuestran que los individuos con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo tienden a emplear estrategias desadaptadas de regulación de la emoción que incluyen intentos de evitar o disminuir la intensidad de emociones incómodas, que al final resultan contaproducentes y contribuyen a la persistencia de sus síntomas (p. ej., Campbell-Sills *et al.,* 2006a, 2006b; Liverant, Brown, Barlow y Roemer, 2008; Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2005; Tull y Roemer, 2007). En conjunto, la evidencia de estudios de genética, neurociencia, estudios conductuales e investigación de la psicopatología sugiere que un rasgo común que se traslapa entre los trastornos es la propensión a una mayor reactividad emocional y un control regulatorio ineficiente o deficiente que se emparejan con una tendencia exacerbada a ver esas experiencias como aversivas y que se manifiesta en intentos de modificar, evitar o controlar la respuesta emocional.

En resumen, la literatura existente ofrece diversos argumentos para alejarse de las categorías individuales de diagnóstico del DSM y de los protocolos asociados con trastornos psicológicos específicos y para considerar un enfoque transdiagnóstico unificado con base en los nuevos hallazgos sobre la naturaleza de la psicopatología y del campo emergente de la ciencia de la emoción. Además, los protocolos actuales de terapia cognitivo-conductual (TCC) con base en la evidencia para los trastornos emocionales tienen mucho en común y se reducen a tres principios generales de cambio: modificar las valoraciones inadecuadas de los sucesos destacados que tienen fundamento en la emoción; impedir la evitación de desencadenantes internos o externos con carga emocional, modificar las conductas motivadas por la emoción y facilitar la extinción del temor; reducir la ansiedad y angustia provocadas por la experiencia emocional intensa. A continuación se presenta la explicación completa de este protocolo y una descripción de

su aplicación en un paciente.

VARIABLES DEL TRATAMIENTO

Escenario

Todas las evaluaciones y tratamientos del paciente se realizaron en el Centro para la Ansiedad y Trastornos Relacionados (CARD, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Boston. La clínica recibe más de 500 admisiones nuevas al año, y a muchos de esos pacientes se les ofrece tratamiento después de las evaluaciones iniciales de ingreso. Además de alojar a un equipo de psicólogos y un psiquiatra, el Centro para la Ansiedad y Trastornos Relacionados también es un centro de entrenamiento para estudiantes de doctorado y residentes de psiquiatría. En cualquier momento en el centro se desarrollan numerosos estudios de tratamiento e investigación financiados por los Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés). En relación con el desglose diagnóstico de los pacientes que buscan tratamiento, el diagnóstico que se asigna con mayor frecuencia es el trastorno de ansiedad generalizada, seguido de fobia social, fobia social con agorafobia, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés postraumático, aunque se ofrece evaluación y tratamiento de toda la gama de trastornos del **espectro neurótico**. A un pequeño porcentaje de pacientes se les asignan **diagnósticos co-principales**, es decir, son casos en que se considera que dos diagnósticos separados son de igual gravedad.

Antes de la evaluación de ingreso, a cada paciente se le envía por correo un paquete de cuestionarios que deben llenar y llevar a la evaluación, los cuales son calificados e interpretados después de la entrevista. La mayoría de las citas de ingreso incluyen la aplicación del Programa de Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad (para el DSM-5 [ADIS-5; Brown, Di Nardo y Barlow, 2014] o para el DSM-IV [ADIS-IV; Di Nardo, Brown y Barlow, 1994). Después de concluir el proceso de evaluación, los diagnósticos se definen por consenso durante una reunión semanal del personal, después, el paciente recibe retroalimentación diagnóstica y recomendaciones de tratamiento. Con base en la información obtenida en la entrevista, puede ofrecerse al paciente una de varias opciones de tratamiento en el centro o en algún centro comunitario.

Formato

El tratamiento con el protocolo unificado por lo general se presenta en un formato individual, aunque se ha utilizado con éxito en un formato grupal con pacientes con diagnóstico de trastorno emocional principal mixto. El tratamiento descrito en este capítulo refleja el protocolo de tratamiento individual, que permite prestar mayor atención a la descripción y aplicación de los componentes del tratamiento en cada sesión. Sin embargo, cuando se aplica en un formato grupal, a los pacientes les resulta fácil ver los aspectos comunes entre las diversas afecciones presentadas, y esta comprensión a menudo crea un fuerte vínculo entre los miembros del grupo. Por consiguiente, puede ser útil adaptar el protocolo para el tratamiento grupal como se ha hecho en el Centro para la Ansiedad y Trastornos Relacionados.

Variables del terapeuta

El protocolo unificado ha sido aplicado por terapeutas con diversos grados de experiencia clínica y pericia.

Hasta donde se sabe, tanto los terapeutas de menor antigüedad (incluso los que no han tenido experiencia con los tratamientos cognitivo-conductuales) como los más experimentados (es decir, terapeutas con una experiencia mínima de cuatro años con el tratamiento) han sido capaces de adaptar el protocolo unificado sin dificultades significativas. Por supuesto, al utilizar el protocolo puede ser útil contar con experiencia en técnicas cognitivo-conductuales (p. ej., reestructuración cognitiva, diseño y conducción de jerarquías de exposición). La evidencia sugiere cierto beneficio de la experiencia del terapeuta, por lo menos en el tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia con un protocolo de terapia cognitivo-conductual altamente estructurado (Huppert *et al.,* 2001).

El protocolo unificado es un método de tratamiento que se centra en la emoción, es decir, cada ejercicio se dirige a provocar y cambiar las respuestas a una variedad de emociones y señales emocionales. Tal vez uno de los aspectos más difíciles para el terapeuta es poder crear y utilizar de manera eficaz exposiciones que provoquen emoción, lo cual empieza al inicio del tratamiento y continúa en el curso del mismo. Lo más importante, el terapeuta debe estar atento a los momentos en que el paciente evita el proceso de experimentar, expresar o aceptar las emociones, lo que suele manifestarse en señales conductuales sutiles como evitar el contacto visual, cambiar el tema de discusión, llegar tarde a las sesiones y no completar (o "excederse" en) las tareas. Cada una de esas conductas representa un intento por controlar emociones incómodas por medio de la evitación directa o el control excesivo. Es esencial que el terapeuta sea capaz de reconocer y abordar esas conductas en el momento que ocurran, lo que brinda la oportunidad de una exposición efectiva a la emoción y la revisión de la evitación para facilitar el procesamiento emocional.

Un segundo reto para el terapeuta es ser capaz de tolerar y experimentar la expresión de emoción por el paciente. Es común que los terapeutas menos experimentados se apresuren a "racionalizar" las reacciones emocionales del paciente, pero eso sólo alimenta el ciclo de emociones y evitación. En cada paso el terapeuta debe alentar la expresión y aceptación de la emoción, mientras enseña al paciente a "examinarla" sin dejar que lo absorba. En tales casos, el modelamiento de un terapeuta experimentado y, o la supervisión exhaustiva permiten enseñar a los terapeutas menos experimentados cómo permitir que sus pacientes sean "emocionales".

Variables del cliente

Como se mencionó, la tasa de comorbilidad entre los pacientes con un trastorno principal de ansiedad o del estado de ánimo es aproximadamente de 55% (Brown, Campbell *et al.,* 2001), dependiendo del diagnóstico principal. En la mayor parte de los protocolos de terapia cognitivo-conductual los diagnósticos comórbidos nunca son foco del tratamiento,

aunque el tratamiento exitoso de un trastorno de ansiedad principal a menudo produce disminuciones en la comorbilidad (p. ej., Allen *et al.,* 2010; Brown, Antony y Barlow, 1995). Una ventaja de un método unificado de tratamiento es que los síntomas relacionados con diagnósticos comórbidos pueden analizarse en las sesiones de tratamiento e incluso ser el foco de una exposición a la emoción. Por ejemplo, un paciente con trastorno de ansiedad generalizada que experimenta preocupación crónica por cuestiones cotidianas también puede sentirse ansioso en situaciones sociales. Por ende, la exposición del paciente a la emoción durante la sesión puede incluir una conversación con un desconocido o dar una charla a un pequeño grupo de personas. Contrario a los protocolos tradicionales, el objetivo del tratamiento es la experiencia de cualquier emoción, lo que puede ser particularmente benéfico para los pacientes con una comorbilidad importante o para aquellos a quienes les gustaría abordar múltiples preocupaciones en el curso de la terapia.

Tratamiento farmacológico concurrente

Muchos pacientes que acuden a buscar tratamiento también están tomando algún medicamento psicoactivo. En el Centro para la Ansiedad y Trastornos Relacionados se requiere que antes de la entrevista inicial los pacientes hayan estabilizado la dosis de los medicamentos que consumen, de forma que el terapeuta tenga una idea clara de los síntomas reales (a diferencia de los síntomas que pueden ser ocasionados por la adición o eliminación inicial de un medicamento). Aunque el consumo concurrente de medicamentos como antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en principio no parece tener impacto negativo en el resultado del tratamiento, la evidencia sugiere que una vez que se suspenden los medicamentos la probabilidad de recaída es mayor entre los pacientes que sólo recibieron medicamentos o terapia cognitivo-conductual más medicamentos (p. ej., Barlow, Gorman, Shear y Woods, 2000; Heimberg *et al.,* 1998; Liebowitz *et al.,* 1999). No están claros los mecanismos exactos que subyacen a la reaparición de los síntomas, aunque algunos autores han sugerido que los pacientes atribuyen el éxito del tratamiento al uso del medicamento y, una vez que éste se suspende, dejan de creer que tienen la capacidad de manejar sus síntomas. Sin embargo, en una investigación reciente que utilizó los datos de un estudio comparativo en sitios múltiples para el tratamiento del trastorno de pánico, los resultados indicaron que la probabilidad de creer que se había recibido medicamento era la misma entre los pacientes que recibieron terapia cognitivo-conductual, además de un placebo, y los que en realidad habían recibido el fármaco (Raffa *et al.,* 2008). No obstante, quienes estaban en la condición de terapia cognitivo-conductual más placebo tenían menor probabilidad de recaer en comparación con quienes habían recibido terapia cognitivo-conductual más medicamento o sólo el medicamento.

Por consiguiente, parece poco probable que las tasas más altas de recaída en las condiciones con medicamento se debieran únicamente a esta "hipótesis de atribución". Otra hipótesis que pretende explicar la mayor propensión a las recaídas en pacientes que reciben tratamiento psicofarmacológico es que el medicamento proporciona un efecto

“protector” no buscado contra el incremento en la activación fisiológica y la ansiedad. Sin embargo, un componente central de los protocolos de terapia cognitivo-conductual es la provocación de ansiedad y pánico, por lo que los pacientes que toman medicamentos (1) pueden haber experimentado sensaciones físicas mayores cuando se eliminó el medicamento y, o (2) durante el tratamiento no pudieron confrontar por completo la activación fisiológica y el pánico. Sin embargo, todavía es necesario que esas hipótesis se investiguen más a fondo.

Otra consideración es el uso de benzodiacepinas “según se necesite” durante el tratamiento. Según las ideas bosquejadas en el protocolo unificado, cualquier estrategia utilizada para reducir la intensidad de las emociones se considera una estrategia de evitación que a la larga contribuye a incrementar los niveles de ansiedad y reactividad emocional. Por consiguiente, no se recomienda el uso de benzodiacepinas (o de otros medicamentos de acción rápida), sobre todo si la persona lleva consigo los medicamentos como “señal de seguridad”.

Estudio de caso

Joseph, un hombre soltero de 25 años al momento del ingreso, trabajaba por su cuenta como maestro de música y como músico independiente que hacía presentaciones ocasionales en pequeños lugares de la localidad. Llegó al centro en busca de ayuda por antiguos problemas emocionales que, además de debilitarlo, interferían con su habilidad para alcanzar metas personales y profesionales. Reportó que durante mucho tiempo había enfrentado problemas de ansiedad y depresión que habían sido exacerbados y agravados por problemas de salud física.

En la entrevista inicial, Joseph informó de episodios importantes y en ocasiones paralizantes de ansiedad social y dijo sentir mucho miedo de ser evaluado negativamente y que los demás lo vieran como una carga o un estorbo. Este temor lo había llevado a evitar compromisos sociales importantes durante su vida, como asistir a fiestas de cumpleaños u otras ocasiones especiales, y a menudo había rechazado invitaciones para reuniones casuales en bares o en casas de amigos. Descubrió que debido a esto se aislaba cada vez más y sentía que algunos de sus amigos lo habían abandonado. Además, su miedo a ser una carga para otros le impidió afirmarse, lo que a menudo ocasionaba una interferencia importante. Por ejemplo, Joseph dijo que quería encontrar un trabajo como maestro de música para niños de primaria, pero como le resultaba casi imposible pedir a otros la información necesaria para llenar las solicitudes de empleo dejaba pasar las fechas de entrega u oportunidades prometedoras. Joseph dijo que toda su vida había sufrido ansiedad social, pero que ésta se había intensificado después de recibir un diagnóstico de diabetes a los nueve años. Describió que desde entonces se sintió siempre como una carga o un estorbo para los demás. Curiosamente, esos sentimientos lo llevaron incluso a caminar debajo de las banquetas -una de las situaciones que más temía era tropezar por accidente con alguien que caminaba en dirección opuesta por miedo a incomodar a la persona o recibir un juicio negativo de ella. Joseph reportó que en la actualidad la ansiedad social interfería más que nunca, que le impedía encontrar trabajo y que su vida social era "inexistente".

Además, dijo que experimentaba mucha vergüenza en relación con síntomas del síndrome de colon irritable que había empezado cinco años antes. Específicamente Joseph dijo que evitaba cualquier situación de la que no pudiera salir si empezaba a sufrir problemas estomacales. Evita comer frutas o cualquier tipo de alimento que pudiera provocarle inflamación estomacal o diarrea y dice que se levanta tres horas antes de salir al trabajo para usar el baño varias veces antes de irse de casa, en un intento por evitar cualquier movimiento intestinal inesperado mientras esté en situaciones públicas. Calculó que cada mañana usa el baño más de cinco veces; además, señaló que su miedo a tener movimientos intestinales inesperados lo habían llevado a evitar viajes largos en carro, asistir al cine o a eventos deportivos o participar en cualquier actividad en la que no fuese posible un acceso rápido al baño. Informó que su mayor temor en relación con esos síntomas era quedar en vergüenza frente a otros, fuese por flatulencias o por perder del

todo el control de sus intestinos.

Joseph también dijo sentir mucha ansiedad y preocupación en relación con distintas áreas de su vida. Le preocupa cometer pequeños errores en su trabajo, como errores gramaticales; le preocupa su desempeño potencial en el trabajo, que debería asegurarle un puesto docente, ya que teme que algún error que pudiera cometer podría ocasionar que lo despidieran de su empleo.

Le preocupan sus finanzas y su capacidad para sostenerse, así como la salud y el bienestar de sus padres. También dijo que se preocupaba por los asuntos de su comunidad y los problemas mundiales, aunque añadió que podía controlar esas preocupaciones "evitando a toda costa enterarse de las noticias". Joseph dice que le resulta difícil controlar sus preocupaciones y que éstas interfieren con su capacidad para concentrarse. Se siente cansado, tenso, irritable y cuando está preocupado tiene dificultades para dormir. Advirtió que dedica casi 90% de un día promedio a preocuparse por algo y que esas preocupaciones han interferido con su vida social, su bienestar general y su capacidad para encontrar empleo.

Joseph también dijo sentir mucha ansiedad relacionada con la intrusión de pensamientos de indecisión y de que por accidente podría dañar a otros. Describió que por la mañana le resultaba difícil salir de casa por temor a dejar la estufa encendida o la puerta abierta, dejando a sus compañeros vulnerables a un incendio o un robo. Esos pensamientos lo llevan a hacer verificaciones repetidas para asegurarse de que cerró las puertas, apagó las velas o el horno y la estufa, lo que puede llevarle más de una hora. Joseph nunca recibió su licencia de conducir por miedo a atropellar a alguien o a provocar un accidente automovilístico. Dijo que sus pensamientos de indecisión y de poder dañar a alguien por accidente le causan mucha angustia y lo hacen sentir que es una persona horrible en la que no puede confiarse.

Por último, reportó que desde el año pasado en que se graduó de la universidad experimentaba sentimientos de depresión o de falta de interés en actividades. Dijo que suele tener dificultades para dormir por la noche y que duerme mucho durante el día; que experimenta una sensación de "pesadez" y de falta de energía y que le resulta difícil concentrarse en las cosas. También informó que sufre sentimientos constantes de culpa e inutilidad, y que en ocasiones piensa en el suicidio, aunque añadió que nunca había hecho planes ni intentos de llevarlo a cabo. Joseph reportó que cada pocas semanas se hace cortes en las piernas y el pecho con una navaja de una sola hoja para aliviar la tensión y tranquilizarse. Mencionó que, aunque sus sentimientos de depresión eran fastidiosos, se había "acostumbrado a ellos" porque habían estado presentes buena parte de su vida.

La evaluación objetiva del estado emocional de Joseph por medio de cuestionarios de autorreporte arrojó una puntuación de 51 en la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (SIAS; Mattick y Clarke, 1998), lo que es un indicador de ansiedad social severa; una puntuación de 49 en el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), lo que indica una depresión grave; y una puntuación de 80 en el Cuestionario de Preocupación del Estado de Pensilvania (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger

y Borkovec, 1990), indicador de niveles moderados a severos de preocupación. Su puntuación en la Escala de Ajuste Laboral y Social (WSAS; una modificación de una escala presentada por Hafner y Marks, 1976) sugirió que esos síntomas emocionales habían provocado una interferencia severa en la vida de Joseph. Una entrevista diagnóstica con base en el Programa de Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad (ADIS-IV) arrojó una puntuación clínica de 7 (CSR), lo que dio lugar al diagnóstico principal del trastorno de ansiedad social y a diagnósticos adicionales del trastorno de ansiedad generalizada (CSR = 6), trastorno obsesivo-compulsivo (CSR = 5) y trastorno depresivo mayor (CSR = 5).

Entrevistas

Para el diagnóstico de los trastornos del Eje I puede ser apropiado el uso de varias entrevistas clínicas estructuradas y semiestructuradas. En la evaluación de diagnósticos es muy frecuente el uso de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1996), la cual permite obtener un alto grado de confiabilidad entre calificadores para muchos diagnósticos por ser una entrevista muy estructurada que sólo se enfoca en el conteo de síntomas actuales. Sin embargo, puede ser menos útil para el perfil más detallado de los trastornos emocionales debido a que no incluye puntuaciones dimensionales de la frecuencia y gravedad de los síntomas.

Los Programas de Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad (ADIS-5; Brown, Di Nardo y Barlow, 2014), una serie de entrevistas semiestructuradas para el diagnóstico clínico, se enfocan en diagnósticos que hace el DSM de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, también de trastornos relacionados con trauma y estresores y los estados de ánimo que los acompañan, así como de síntomas somáticos, trastornos disociativos, y de trastornos de adicción y consumo de drogas. La información derivada de estos programas de entrevista permite a los clínicos definir diagnósticos diferenciales y obtener una clara comprensión del nivel y severidad de cada diagnóstico. A partir de este punto se hace referencia a la versión actualizada de la versión del DSM-5. A los diagnósticos principal y adicionales se les asigna una calificación de severidad calculada por el clínico (CSR) en una escala que va de 0 (**No hay síntomas**) a 8 (**Síntomas de severidad extrema**), y en la cual una puntuación igual o mayor a 4 (**Definitivamente perturbador o incapacitante**) supera el umbral clínico de los criterios diagnósticos del DSM. El Programa de Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad-IV ha demostrado una confiabilidad entre calificadores que va de excelente a aceptable para los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Brown, Di Nardo, Lehman y Campbell, 2001).

Otros dos instrumentos calificados por el clínico que arrojan una gran variedad de puntuaciones son (1) la Guía para la Entrevista Estructurada para la Escala de Calificación de la Ansiedad de Hamilton (SIGH-A; Shear, Vander Bilt y Rucci, 2001) y (2) la Guía para la Entrevista Estructurada para la Escala de Calificación de la Depresión de Hamilton (SIGH-D; Williams, 1998).

La primera se desarrolló para contar con un formato estructurado para la aplicación de

la Escala de Calificación de la Ansiedad de Hamilton (HARS; Hamilton, 1959). Se pide al individuo que indique si en la semana anterior experimentó síntomas como estado de ánimo ansioso, tensión, problemas para dormir, irritabilidad, entre otros, y la gravedad de los mismos; el evaluador debe calificar la conducta del paciente en la entrevista. La Guía para la Entrevista Estructurada para la Escala de Calificación de la Ansiedad de Hamilton incluye instrucciones específicas para la aplicación así como puntos ancla para la asignación de las puntuaciones de severidad. Este instrumento demostró buena confiabilidad entre calificadores y test-retest (Shear *et al.,* 2001). Además, las puntuaciones son similares (aunque sistemáticamente más altas) a las de la Escala de Calificación de la Ansiedad de Hamilton.

Igual que la Guía para la Entrevista Estructurada para la Escala de Calificación de la Ansiedad de Hamilton, la versión para la depresión (SIGH-D) se desarrolló para ofrecer instrucciones más específicas para la aplicación y calificación de la Escala de Calificación de la Depresión de Hamilton (HDRS; Hamilton, 1960). También en este caso se cuestiona a los pacientes sobre la presencia y severidad de una variedad de síntomas depresivos en el curso de la semana anterior, incluyendo un estado de ánimo depresivo, ideación suicida, fatiga, sentimientos de desesperanza, pérdida de peso, entre otros. También este instrumento demostró buena confiabilidad entre calificadores y test-retest y arroja calificaciones similares a la Escala de Calificación de la Depresión de Hamilton (Williams, 1988).

Evaluaciones médicas

Por lo general se recomienda hacer evaluaciones médicas antes de asignar un diagnóstico e iniciar el tratamiento para descartar causas orgánicas de los síntomas de trastornos emocionales. Algunas enfermedades, como hipotiroidismo, hipertiroidismo, hipoglicemia, prolapso de la válvula mitral o abstinencia de alcohol o drogas, pueden provocar síntomas similares a los que se asocian con trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de pánico con agorafobia. Aunque el diagnóstico de esas condiciones médicas no excluye la necesidad de tratamiento psicológico, suele recomendarse que esas condiciones sean examinadas por un médico toda vez que clínicamente puede requerirse un tratamiento alternativo.

Automonitoreo

Los formatos de automonitoreo son una parte importante del protocolo de tratamiento por varias razones. Primero, el terapeuta puede analizar situaciones o sucesos específicos que ocurrieron en el curso de la semana anterior y que podrían haber contribuido a las reacciones emocionales. Dichos registros facilitan la discusión de los conceptos presentados en las sesiones de tratamiento y ayudan al terapeuta a integrar los componentes del tratamiento general a los síntomas específicos del paciente. Segundo, existe evidencia que sugiere que el recuerdo retrospectivo de los pacientes de episodios anteriores de ansiedad puede ser exagerado, sobre todo cuando se recuerdan ataques de pánico (Margraf, Taylor, Ehlers, Roth y Agras, 1987; Rapee, Craske y Barlow, 1990).

Los formatos de automonitoreo permiten un relato prospectivo, y posiblemente más preciso de los episodios de ansiedad, lo que probablemente aumenta su utilidad terapéutica. Además, de acuerdo con los temas bosquejados en el protocolo unificado, se cree que la práctica de la consciencia de las emociones en el momento actual es un componente importante del cambio de patrones inadaptados de respuesta emocional. La naturaleza misma de el automonitoreo requiere que los pacientes se desconecten, aunque sea brevemente, del proceso ansioso habitual para anotar pensamientos, sentimientos y comportamientos concretos, lo que les ayuda a adoptar una actitud más objetiva hacia sus propias experiencias emocionales. El desarrollo de este hábito en última instancia ayuda a los pacientes a empezar a cambiar las reacciones emocionales y las conductas resultantes.

Los formatos de tratamiento que se utilizan en el protocolo unificado incluyen formatos de automonitoreo de la consciencia emocional, valoraciones automáticas, evitación de la emoción, así como formatos para monitorear la exposición interoceptiva y situacional. La figura 6-1 ilustra el formato empleado en el protocolo unificado para la supervisión en el contexto de las emociones y las conductas motivadas por la emoción (MEEC). Al inicio del tratamiento se entrega este formato durante varias semanas para enseñar a los pacientes a monitorear sus propias respuestas emocionales. Conforme se introducen las nuevas habilidades (es decir, revaloración cognitiva, modificación de las conductas motivadas por la emoción), se entregan nuevos formatos de automonitoreo en sustitución de los que se emplearon en la supervisión en el contexto de las emociones y las conductas motivadas por la emoción. Por ejemplo, una vez que se introduce la habilidad de modificar las tendencias de acción asociadas con las emociones, se pide a los pacientes que utilicen el formato de modificación de las conductas motivadas por la emoción para monitorear tanto las situaciones como dichas conductas, y que identifiquen una nueva respuesta que sea incompatible con la conducta original impulsada por la emoción (figura 6-2).

	A's Antecedentes	R´s Respuestas			C's Consecuencias
Fecha/Hora	Situación/Desencadenante	Pensamientos	Sentimientos	Conductas	¿Qué sucedió a continuación?

Figura 6-1. Formato para la supervisión en contexto de las emociones y las conductas motivadas por la emoción (MEEC).

Situación/Desencadenante	Emoción	Conducta impulsada por la emoción	Nueva respuesta (incompatible)	Consecuencia

Figura 6-2. Formato para la supervisión del cambio en las conductas motivadas por la emoción.

En la introducción y llenado de los formatos de automonitoreo pueden surgir varias dificultades. Primero, es posible que algunos pacientes no cumplan con el llenado de los formatos de automonitoreo ni la realización de las tareas, lo que constituye un problema importante que debe ser abordado en la sesión de terapia. Para enfrentar este inconveniente puede ser útil un enfoque dirigido a mejorar la motivación, indagar las razones que subyacen a la ambivalencia del paciente en relación con las tareas o con la supervisión (es decir, un enfoque que permita conocer las razones por las cuales el paciente no quiere hacer la tarea y los beneficios que percibe de no hacerlo).

Este proceso es crucial porque permite al terapeuta identificar las valoraciones cognitivas desadaptadas y las razones emocionales que contribuyen al incumplimiento en el llenado de los formatos de supervisión. Una vez que se han identificado esas razones pueden usarse estrategias terapéuticas como la revaloración cognitiva para aumentar la disposición del paciente a completar los formatos de las tareas abordando algunas de las razones del incumplimiento planteadas por el paciente. Además, la reflexión selectiva sobre los beneficios de completar la tarea y los costos asociados con el incumplimiento puede ser útil para construir la motivación para completar los formatos de las tareas. En ciertos casos, sobre todo cuando la autoeficacia de los pacientes para esta actividad es baja, el llenado de los formatos puede convertirse en una exposición a la emoción y debería reforzarse, en consecuencia, el progreso hacia esa meta.

Otro problema común con el cumplimiento del automonitoreo puede ser la tendencia a "excederse" en los formatos de la tarea que se observa en algunos pacientes (en particular quienes presentan características más obsesivas o "perfeccionistas" y que es común encontrar en el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo); es decir, el paciente puede escribir una descripción sumamente larga y enredada de una situación y sus reacciones a la misma. Esto es común en pacientes que sienten que necesitan "descargar" cada pieza de información sobre el hecho. Aunque el paciente está cumpliendo con la tarea, también puede ser que su compromiso exagerado esté facilitando el proceso de ansiedad y preocupación. Si esto se hace evidente, el terapeuta puede examinar la tendencia a comprometerse excesivamente con la tarea como una estrategia de evitación emocional (o una conducta impulsada por la emoción) y alentar a los pacientes a supervisar las situaciones y los sucesos con descripciones de una o dos palabras, o incluso establecer un límite de tiempo para asegurar que los pacientes no dedican demasiado tiempo a sus descripciones.

Cuestionarios

En la investigación se emplean varios cuestionarios de autorreporte en el curso del tratamiento. A continuación se describen la mayor parte de ellos, a sabiendas de que sólo se necesitaría un subconjunto para propósitos puramente clínicos. Cada semana, antes de la sesión, se aplican dos cuestionarios generales (no específicos al diagnóstico) diseñados para medir síntomas y deficiencias asociadas con ellos, con el objeto de monitorearlos durante el tratamiento. Antes, a mitad y después del tratamiento, y cada cuatro sesiones durante el mismo, se aplica una batería más grande de cuestionarios para obtener una imagen más completa de los pacientes que presentan preocupaciones, así como de su funcionamiento general y su calidad de vida. Esta batería incluye cuestionarios generales (instrumentos diseñados para evaluar una variedad de síntomas asociados con los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo) así como instrumentos específicos al diagnóstico diseñados para monitorear los síntomas asociados con trastornos específicos.

Instrumentos generales aplicados semanalmente

La Escala General de la Gravedad y Deterioro de la Ansiedad (OASIS; Norman, Cissell,

Means-Christensen y Stein, 2006), un cuestionario breve, de cinco reactivos, desarrollado para la medición continua de la gravedad de los síntomas y el deterioro relacionados con la ansiedad, puede usarse en diversos trastornos de ansiedad, en trastornos múltiples de ansiedad y en síntomas de ansiedad inferiores al umbral. Este instrumento tiene buena consistencia interna, excelente confiabilidad test-retest y validez convergente y divergente (Campbell-Sills *et al.,* 2009; Norman *et al.,* 2006). La Escala General de la Gravedad y Deterioro de la Depresión (ODSIS; Bentley, Gallagher, Carl, Farchione y Barlow, 2013), una adaptación directa de la Escala General de la Gravedad y Deterioro de la Ansiedad, se modificó para poder aplicarla a la depresión. Se trata de un cuestionario breve, de cinco reactivos, que evalúa la gravedad y el deterioro asociados con síntomas relacionados con la depresión y puede usarse en diversos trastornos depresivos, en diversas presentaciones comórbidas y en síntomas depresivos por debajo del umbral. Los dos instrumentos se enfocan en la gravedad y deterioro asociados con síntomas particulares presentados la semana anterior, lo que ofrece un instrumento general, no específico al diagnóstico, diseñado para seguir los cambios conforme van ocurriendo en el curso del tratamiento.

Otros instrumentos generales

En la versión de la Escala de Valoración de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988), un instrumento breve, válido y confiable del afecto positivo y negativo, los individuos califican con qué frecuencia experimentan 20 palabras de sentimiento o emoción en general. La Escala de Valoración de Afecto Positivo y Negativo evalúa afecto negativo central y déficit en el afecto positivo en los trastornos con esta característica (es decir, agorafobia, trastorno de ansiedad social, depresión), es útil para identificar los cambios en el afecto positivo y negativo durante el tratamiento. En un esfuerzo por identificar el grado de interferencia provocada por los síntomas en varias áreas de la vida, la Escala de Ajuste Laboral y Social (WSAS; Hafner y Marks, 1976) incluye cinco reactivos que piden a los participantes que califiquen el grado de interferencia que les provocan sus síntomas en el trabajo, el manejo del hogar, actividades de ocio privadas y sociales, y en las relaciones con la familia. La Escala de Ajuste Laboral y Social, un instrumento descriptivo de interferencia subjetiva en varios campos de la vida, se ha usado con éxito en estudios previos (p. ej., Brown y Barlow, 1995).

Instrumentos de calidad de vida y bienestar

El Cuestionario de Calidad de Vida y Disfrute de la Satisfacción (QLESQ; Endicott, Nee, Harrison y Blumenthal, 1993), instrumento de catorce reactivos que evalúa el disfrute y satisfacción en diferentes áreas de la vida durante la semana anterior, es un instrumento de uso generalizado que fue validado para emplearse en poblaciones clínicas y que ha demostrado ser sensible al cambio (Endicott *et al.,* 1993). El Continuo de Salud Mental-Formato Breve (MHC-SF; Keyes, 2005, 2006; Keyes *et al.,* 2008; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster y Keyes, 2011; Westerhof y Keyes, 2009) es un instrumento de

14 reactivos diseñado para evaluar el bienestar social, emocional y psicológico. El instrumento ha demostrado excelente consistencia interna y validez discriminativa tanto en adolescentes como en adultos de EUA, Países Bajos y Sudáfrica (Keyes, 2005, 2006; Keyes *et al.,* 2008; Lamers *et al.,* 2011; Westerhof y Keyes, 2009).

Instrumentos específicos al diagnóstico

Además de los instrumentos generales (no específicos al diagnóstico) es importante evaluar síntomas particulares del diagnóstico concreto del individuo que presenta el problema. Para evaluar la gravedad de los síntomas presentados la semana anterior se utilizan los siguientes instrumentos, cuya utilidad clínica aumenta por el hecho de que pueden aplicarse lo mismo como autorreportes que como instrumentos calificados por el clínico. La Escala de Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo—II (Y-BOCS-II; Storch, Larson, Price, Rasmussen, Murphy y Goodman, 2010) es una versión revisada del instrumento original (Y-BOCS; Goodman *et al.,* 1989), se diseñó para evaluar la presencia y gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos.

La Escala de la Gravedad del Trastorno de Pánico (PDSS; Shear *et al.,* 1997), de siete reactivos, ofrece puntuaciones de los rasgos centrales del trastorno de pánico (frecuencia del pánico, angustia durante el pánico, ansiedad anticipatoria, evitación relacionada con el pánico de situaciones y sensaciones y el grado de deterioro e interferencia social y laboral debido al trastorno de pánico con agorafobia (Shear *et al.,* 1997).

La Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS; Liebowitz, 1987) es un instrumento de 24 reactivos de uso generalizado que se diseñó para evaluar las distintas situaciones de interacción social y desempeño que los pacientes con ansiedad social pueden temer y, o evitar (Heimberg *et al.,* 1999; Safren *et al.,* 1999).

La Escala de la Gravedad del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GDASS; Shear, Belnap, Mazumdar, Houck y Rollman, 2006) es una prueba de seis reactivos que evalúa los rasgos principales del trastorno de ansiedad generalizada.

La Escala de Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (PSS; Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993) es un instrumento de 17 reactivos diseñado para evaluar los síntomas del trastorno por estrés postraumático según el DSM-IV. Cada reactivo, que corresponde a los síntomas del trastorno, incluye una breve pregunta que se califica de 0 (**En lo absoluto**) a 3 (**5 o más veces por semana/Muchísimo**). El instrumento arroja una puntuación total de la gravedad del trastorno por estrés postraumático, así como subpuntuaciones de re-experimentación , evitación y activación (Foa y Tolin, 2000).

Análisis funcional

Con independencia del diagnóstico, antes de empezar el tratamiento es esencial hacer un análisis funcional claro de la conducta del paciente. Al diagnosticar a un paciente a partir de un análisis funcional es importante considerar varios componentes como un examen detallado de la topografía de los síntomas (como duración de la enfermedad, sensaciones físicas, nivel de angustia e interferencia causada por los síntomas), los desencadenantes (situaciones, síntomas físicos, lugares, pensamientos, entre otros), cogniciones (creencias

sobre los síntomas y valoraciones inadecuadas), respuestas conductuales a las emociones (que incluyen evitación de las situaciones, lugares, personas o desencadenantes, así como conductas de escape), y las consecuencias de las reacciones conductuales (limitar la calidad de vida, reducción de la "zona de confort", entre otros).

En el nivel diagnóstico, Joseph cumplía los criterios de distintos trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Su principal problema involucraba ansiedad y evitación de situaciones sociales debido a los temores de ser juzgado o de disgustar a los demás. Esos temores habían estado presentes desde que Joseph era pequeño y era obvio que coincidían con un diagnóstico de fobia social. Sin embargo, Joseph también experimentaba ansiedad en relación con pensamientos intrusivos sobre la posibilidad de dañar a otros. La intrusión de pensamientos de indecisión y de dañar por accidente a otras personas, aunados a una serie de conductas compulsivas de verificación que le llevaban por lo menos una hora al día, eran congruentes con un diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo. Joseph también presentaba ansiedad significativa y preocupación incontrolable acerca de su capacidad para desempeñarse bien en el trabajo, sus finanzas y la salud de su familia, junto con varios síntomas físicos asociados. Esas preocupaciones, aunque en cierta medida involucraban situaciones sociales, también incluían preocupaciones más difusas relacionadas con posibles resultados negativos en el futuro.

Esas preocupaciones se presentaban incluso fuera del contexto de un episodio depresivo. Por ende, se asignó un diagnóstico adicional del trastorno de ansiedad generalizada. Por último, Joseph reportó que en el último año había presentado síntomas de depresión, junto con la falta de interés en actividades, dificultades para dormir, falta de energía y mala concentración, lo que resultó en un diagnóstico del trastorno de depresión mayor.

Si bien los síntomas de Joseph sugerían la presencia simultánea de múltiples trastornos, es importante advertir que, a nivel fenomenológico, esos síntomas específicos al diagnóstico tendían a interactuar y a exacerbarse mutuamente, por lo que no necesariamente se observaba la presentación aislada de cada grupo de síntomas específico a un trastorno. Ésta fue una consideración importante para el tratamiento, además de un sólido argumento a favor de un enfoque transdiagnóstico unificado. Por ejemplo, la baja autoestima de Joseph, motivada por sus rumiaciones depresogénicas, alimentaba su sensación de ser "menos que" e incrementaba su percepción de que podía recibir una evaluación negativa de los demás. A su vez, la ansiedad enfocada en la evaluación negativa incrementaba la ansiedad más general del paciente y alimentaba sus conductas motivadas por la emoción, por ejemplo, la verificación, que a menudo eran puestas en movimiento como una forma de controlar un resultado potencial temido de hacer algo mal (verificar las cerraduras para prevenir la pérdida de las propiedades), de lastimar a otras personas (verificar las estufas y las velas para evitar un incendio), o de quedar en ridículo en público (usar el baño varias veces antes de ir al trabajo para prevenir un brote de los síntomas de colon irritable). Esas ansiedades a su vez eran congruentes con sus creencias de que era un "estorbo" y una "mala persona". La

vigilancia de Joseph en relación con sus síntomas de colon irritable también era alimentada por su ansiedad relacionada con la evaluación negativa, y la mayor atención en sus síntomas físicos por lo general se emparejaba con niveles más altos de ansiedad anticipatoria. Las preocupaciones de Joseph sobre posibles dificultades en el trabajo, sus finanzas y la salud de su familia también eran congruentes con la creencia general de que inevitablemente haría algo mal y ocasionaría una "desgracia" o que siempre estaría en el horizonte algún resultado negativo inesperado. Joseph ligaba esta sensación de impredecibilidad e incontrolabilidad al diagnóstico de diabetes que recibió en la niñez y que también era su recuerdo más temprano de ser "un estorbo". Recordó varios incidentes de su niñez en que los adultos de su vida parecían incómodos por tener que supervisar su alimentación y sus niveles de insulina; evocó haber desarrollado una sensación de que era una carga para los otros, aunque también rememoró que su sensación de ser "menos que" se había desarrollado mucho antes. De este modo, todas esas creencias, conductas y respuestas fisiológicas interactuaban en las experiencias emocionales de Joseph, sin importar su clasificación diagnóstica específica, y afectaban su capacidad para funcionar de forma adaptada. El tratamiento de los síntomas de Joseph con el protocolo unificado, que se enfoca en la influencia que tiene en las experiencias emocionales generales y en las acciones subsecuentes la interacción de pensamientos, sentimientos y conductas, permitió dirigirse a los patrones fenomenológicos de la disfunción del paciente en lugar de concentrarse en un grupo de síntomas específicos a un diagnóstico a la vez.

COMPONENTES DEL TRATAMIENTO

La estructura del protocolo unificado resume cinco módulos centrales del tratamiento y tres módulos adicionales diseñados para ponerse en práctica en una serie de 12 a 18 sesiones individuales de tratamiento, con una duración de 50 a 60 min, llevadas a cabo de manera semanal. Las sesiones finales pueden realizarse cada dos semanas para permitir a los pacientes consolidar los logros y facilitar el desvanecimiento de la terapia semanal. Sin embargo, este formato para las últimas sesiones no es un requisito y quizá sea mejor continuar con sesiones semanales en los casos en que al paciente le resulta difícil el uso sistemático de los conceptos del tratamiento sin el reforzamiento semanal de las sesiones. Por lo tanto, el terapeuta es quien decide el espaciamiento de las últimas sesiones por ser él quien está al tanto del progreso del paciente y de cualquier dificultad anticipada después del tratamiento.

Los cinco módulos centrales del tratamiento diseñados para abordar el procesamiento y regulación de la emoción son los siguientes: (1) aumentar la consciencia de la emoción enfocada en el momento presente (Módulo 3); (2) incrementar la flexibilidad cognitiva (Módulo 4); (3) identificar e impedir los patrones de evitación de la emoción y conductas desadaptadas motivadas por la emoción (Módulo 5); (4) aumentar la consciencia y tolerancia de las sensaciones físicas relacionadas con la emoción (Módulo 6); y (5) exposición interoceptiva enfocada en la emoción y basada en la situación (Módulo 7). Antes de esos componentes centrales hay un módulo enfocado en mejorar la motivación y la disposición al cambio y el compromiso con el tratamiento (Módulo 1), así como un módulo introductorio que ofrece psicoeducación sobre la naturaleza de las emociones y un marco que permita comprender las experiencias emocionales (Módulo 2). Un módulo final revisa el progreso hecho durante el tratamiento y desarrolla estrategias de prevención de recaídas (Módulo 8). Este tratamiento, que tiene lugar en el contexto de provocar la expresión emocional (exposición a la emoción) por medio de señales situacionales, internas y somáticas (interoceptivas), así como por medio de ejercicios estándar para la inducción de estados de ánimo, difiere de un paciente a otro sólo en las señales situacionales y los ejercicios utilizados. Además, la "exposición" no se concibe como un mecanismo de acción.

El éxito para provocar emociones crea un marco en el que pueden poner en práctica los componentes esenciales del tratamiento. Las exposiciones a la emoción empiezan con estímulos generales (p. ej., inducción del estado de ánimo y provocación interoceptiva) y más adelante se ajustan para abordar los problemas y síntomas particulares de cada paciente. Aunque cada sesión aborda un componente específico del protocolo, se espera que en sesiones futuras los pacientes pongan en práctica las estrategias que aprendieron antes (p. ej., los pacientes aprenden estrategias de revaloración cognitiva en el Módulo 4, pero se espera que las sigan usando durante el resto del tratamiento).

Módulo 1: Aumento de la motivación para comprometerse con el tratamiento

En este módulo inicial del tratamiento, que se basa en los principios y técnicas

terapéuticas utilizadas en la entrevista motivacional (EM; Miller y Rollnick, 2013), los terapeutas se esfuerzan para aumentar la disposición y motivación del paciente para el cambio conductual, y fomentar así un sentido de autoeficacia o la creencia del paciente en su capacidad para cambiar. Este módulo se incluyó en el protocolo en respuesta a una investigación reciente de Westra y colaboradores (Westra, Arkowitz y Dozois, 2009; Westra y Dozois, 2006) que sugiere que la entrevista motivacional puede mejorar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad. Este módulo utiliza dos ejercicios motivacionales específicos: (1) un ejercicio para equilibrar las decisiones en que el terapeuta trabaja con el paciente para identificar y sopesar las ventajas y desventajas del cambio en comparación con permanecer igual; y (2) un ejercicio para establecer las metas del tratamiento que ayuda a los pacientes a expresar con claridad metas concretas y asequibles. Este módulo, con los principios y técnicas que incluye, se usa principalmente para "establecer el escenario" para el aprendizaje que tendrá lugar en los módulos centrales. Sin embargo, los principios también pueden aplicarse durante el tratamiento para mejorar el compromiso con el mismo y mantener la motivación del paciente para el cambio conductual.

Módulo 2: Psicoeducación y seguimiento de las experiencias emocionales

Luego de la sesión inicial para mejorar la motivación, se proporciona a los pacientes psicoeducación acerca de la naturaleza y función de las emociones. Este componente es común a la mayor parte de los protocolos de terapia cognitivo-conductual, aunque el foco de atención se amplía para incluir no sólo la función de la ansiedad, sino de muchas emociones diferentes (enojo, tristeza, entre otras). En este módulo (que por lo general se presenta en el curso de una a dos sesiones), se proporciona a los pacientes información sobre la secuela cognitiva, fisiológica y conductual de las reacciones emocionales y la interacción de esos tres componentes. Es importante que el paciente empiece a considerar que sus reacciones son funcionales y cumplen el propósito de proporcionar información acerca del ambiente y protección contra el daño. Este modelo de tres componentes se aplica después a una situación o suceso reciente que haya experimentado el paciente, de modo que pueda entender mejor los elementos de cada componente y la forma en que interactúan. Los pacientes también aprenden a supervisar y seguir con más cuidado sus respuestas emocionales y, como resultado, se espera que desarrollen mayor consciencia de sus patrones de respuesta emocional, incluyendo factores potenciales de mantenimiento (p. ej., desencadenantes comunes y, o contingencias ambientales).

Otro aspecto importante de la psicoeducación es el concepto de reforzamiento negativo. Específicamente, se explica en forma detallada que la respuesta conductual del paciente a un episodio emocional (por lo general escape o alguna forma de evitación emocional) es problemática porque aunque disminuye la emoción en el corto plazo (es decir, al alejar a la persona del estímulo emocional), en el largo plazo refuerza el ciclo de emociones (al enseñar a la persona que el escape o evitación es la única forma de manejar esos sentimientos en el futuro). Es de suma importancia que el paciente entienda la conexión entre las respuestas conductuales y el reforzamiento de la emoción, de modo

que pueda apreciar el propósito y función de las exposiciones a la emoción que se introducirán en sesiones futuras.

Módulo 3: Entrenamiento de la consciencia de la emoción

El primer módulo central (que por lo general requiere de una a dos sesiones de tratamiento) está diseñado para ayudar a los pacientes a identificar con más claridad cómo están reaccionando y respondiendo a sus emociones, para lo cual promueve una aproximación a la experiencia enfocada en el presente y no crítica. Con frecuencia, los pacientes reportan sentir que sus emociones son confusas o que les parece que ocurren "automáticamente", y, o de tal manera que escapan a la consciencia inmediata del paciente (es decir, de manera "inconsciente"). En este módulo los pacientes aprenden a tomar mayor consciencia de la interacción entre pensamientos, sentimientos y conductas y a ver sus emociones de una forma más objetiva y enfocada en el presente.

Esto ocurre en el contexto específico de la situación en que se desarrolla la experiencia emocional. Es importante enfocar la atención en las experiencias en el momento presente, se cree que coloca al paciente en mejor posición para identificar con mayor claridad los patrones de respuesta y, o las estrategias de regulación emocional empleadas en esta situación particular. A su vez, esto mejora la capacidad del paciente para lograr la modificación adaptada de la respuesta emocional a fin de que resulte más congruente o compatible con las demandas situacionales o motivacionales en curso. Además, también se exploran las reacciones secundarias a las experiencias emocionales del paciente y el terapeuta introduce la idea de que el problema no está en las emociones *per se,* sino en la forma en que el paciente reacciona ante ellas. Como esas reacciones tienden a ser muy críticas (p. ej., ver la ansiedad como señal de la incapacidad de la persona para afrontar una indicación de debilidad o como un indicador de fracaso) y a menudo no se basan en información del contexto actual, impiden el procesamiento de información potencialmente correctiva que podría permitir un cambio en la respuesta emocional. Se espera que a medida que los pacientes desarrollen una actitud no crítica hacia sus emociones, podrán identificar mejor los pensamientos, sensaciones físicas y conductas específicas que tal vez estén contribuyendo a su angustia, lo que les permitiría estar en una mejor posición para poner en práctica estrategias para hacer una modificación adaptada de su respuesta emocional. Esas habilidades se desarrollan por medio de la práctica de ejercicios breves de mindfulness e inducción de la emoción.

Módulo 4: Valoración y revaloración cognitiva (aumento de la flexibilidad cognitiva)

La terapia cognitiva, desarrollada en principio por Aaron T. Beck para tratar la depresión (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; revisada también de manera profunda en el capítulo 7 de Young, Rygh, Weinberger y Beck en este texto), se convirtió en una parte fundamental de los tratamientos psicológicos. Es probable que los individuos con trastornos emocionales hagan valoraciones e interpretaciones de los sucesos externos que

se caracterizan por sesgos cognitivos, como la tendencia a sobreestimar la probabilidad de que ocurran hechos negativos y a subestimar su capacidad para afrontarlos. Por consiguiente, el propósito de la terapia cognitiva es hacer una evaluación objetiva de la probabilidad de esas valoraciones negativas e incorporar valoraciones más realistas, con base en la evidencia del resultado de una situación. A nivel superficial esta técnica puede parecer un medio para suprimir o controlar los pensamientos negativos "racionalizándolos", y en ocasiones así es como se usa incorrectamente la terapia cognitiva, según advierten Hayes, Strosahl y Wilson (1999). Sin embargo, esta estrategia también puede concebirse desde una perspectiva de regulación emocional, en especial si las revaloraciones se consideran una de muchas interpretaciones posibles de una situación.

El propósito principal de este módulo es fomentar una mayor flexibilidad en el pensamiento (llevarlo a la práctica por lo general requiere una o dos sesiones). Para lograrlo se ayuda primero a los pacientes a comprender cómo interpretan o valoran las situaciones y cómo influyen sus valoraciones en los patrones de respuesta emocional, y luego se les enseña a generar numerosas atribuciones y valoraciones alternativas cuando experimenten fuertes experiencias emocionales. Como sus interpretaciones iniciales por lo general son más negativas o ansiosas, se anima a los pacientes a pensar de manera más flexible (es decir, a generar valoraciones alternativas) y se les enseñan estrategias de revaloración.

En la práctica, el protocolo unificado se enfoca en corregir dos valoraciones inadecuadas fundamentales que es común encontrar en individuos con trastornos emocionales: la probabilidad de que suceda un hecho negativo (sobreestimación de la probabilidad) y las consecuencias de que suceda el evento negativo (catastrofización) (Barlow y Craske, 2007; Craske y Barlow, 2006). Aunque en otros protocolos tradicionales de la terapia cognitivo-conductual se presta atención a otras valoraciones inadecuadas, la mayor parte de ellas pueden condensarse en una de las dos valoraciones aquí mencionadas.

Módulo 5: Prevención de la evitación emocional y modificación de las conductas motivadas por la emoción

El módulo 5 por lo general abarca de una a dos sesiones. Es probable que el concepto de evitación emocional sea de particular importancia para los pacientes que, si bien no evitan o escapan físicamente de las situaciones, experimentan altos niveles de ansiedad sin mucho alivio. El terapeuta debe comunicar al paciente que incluso si permanece físicamente en la situación, es probable que se involucre en algunas otras conductas sutiles para impedir la activación emocional completa. En el protocolo unificado, las estrategias de la evitación emocional son conductas que impiden la experiencia plena de la emoción en una situación, a diferencia de las conductas motivadas por la emoción, que son consecuencias conductuales de la experiencia de la emoción (que se describe más adelante en este capítulo). Cualquier técnica o estrategia que use el paciente para disminuir o regular de manera decreciente las emociones puede concebirse como una

estrategia de evitación emocional, y es esencial que la evitación emocional sea identificada y eliminada antes de participar en las exposiciones a la emoción para permitir el procesamiento emocional completo.

Por ende, para cada paciente debe obtenerse una descripción muy detallada de las estrategias individuales de evitación emocional.

Se han identificado tres categorías generales de estrategias de evitación emocional: (1) evitación conductual sutil; (2) evitación cognitiva, y (3) señales de seguridad (en la tabla 6-1 encontrará ejemplos de cada estrategia). Las estrategias de evitación conductual sutil pueden incluir una serie de conductas diferentes y algunas de ellas ocurren con mayor frecuencia en trastornos particulares. Por ejemplo, la evitación de la cafeína en el trastorno de pánico o la fobia social (antes de un compromiso social) es un intento de impedir el incremento de los síntomas fisiológicos en situaciones que provocan ansiedad. Los pacientes con fobia social también pueden evitar el contacto visual o usar lentes de sol cuando interactúan en escenarios sociales. Los individuos con trastorno de ansiedad generalizada pueden excederse en la elaboración de planes, la preparación o elaboración de listas de "pendientes" en un intento por controlar resultados potencialmente negativos. Al mismo tiempo, la postergación también una forma sutil de evitación conductual cuando una tarea o proyecto particular provocan una activación emocional excesiva en el paciente. Es muy importante realizar un análisis funcional de las conductas sutiles para determinar cuáles son estrategias de evitación, es decir, conductas que permiten disminuir o evitar la experiencia emocional y que son respuestas funcionales para las situaciones. Curiosamente, lo que es una estrategia de evitación para una persona puede ser una respuesta funcional para otra. Por lo general es más difícil identificar las estrategias de evitación cognitiva porque suelen ocurrir fuera de la consciencia del paciente. Algunas de esas estrategias incluyen distraerse, "desconectarse", verificar listas o revisar mentalmente conversaciones anteriores. Sin embargo, los datos también sugieren que la preocupación y la rumiación en realidad funcionan como una forma de regulación decreciente y evitación de la emoción (p. ej., Borkovec, 1994).

Tabla 6-1. Ejemplos de estrategias de evitación emocional

Estrategia de evitación emocional	Trastorno usualmente asociado
1. Evitación sutil del comportamiento	
• Evitar el contacto visual	Fobia social
• Evitar beber cafeína	Trastorno de pánico con agorafobia
• Intentar controlar la respiración	Trastorno de pánico con agorafobia
• Evitar el ejercicio y la activación fisiológica (evitación interoceptiva)	Trastorno de pánico con agorafobia/depresión
• Evitar tocar el fregadero o el inodoro	Trastorno obsesivo-compulsivo
• Postergación (evitar tareas emocionalmente sobresalientes)	Trastorno de ansiedad generalizada
2. Evitación cognitiva	
• Distracción (leer un libro, ver la televisión)	Depresión/trastorno de pánico con agorafobia
• "Desconectarse" durante una conversación	Fobia social
• Tranquilizarse asegurándose que todo está bien	Trastorno de ansiedad generalizada
• Tratar de impedir que algunos pensamientos se cuelen en la mente	Trastorno obsesivo-compulsivo
• Distraerse de los recordatorios del trauma	Trastorno por estrés postraumático

• Forzarse a "pensar de manera positiva" • Preocupación • Rumiación • Supresión del pensamiento	Depresión Trastorno de ansiedad generalizada Depresión Todos los trastornos
3.Señales de seguridad • Llevar el teléfono celular • Llevar envases vacíos de medicamentos • Aferrarse a talismanes "de buena suerte" • Llevar objetos asociados con experiencias positivas (p. ej., ositos de peluche, fotografías) • Llevar siempre gas pimienta • Llevar una botella de agua • Tener a la mano material de lectura o libros de oraciones • Llevar lentes de sol o algún objeto para ocultar el rostro o los ojos	 Trastorno de pánico con agorafobia/trastorno de ansiedad generalizada Trastorno de pánico con agorafobia Trastorno obsesivo-compulsivo Trastorno de ansiedad generalizada/depresión Trastorno por estrés postraumático Trastorno de pánico con agorafobia Trastorno de ansiedad generalizada Fobia social

La función de la preocupación es permitir que la persona se prepare para una posible amenaza. Sin embargo, cuando alguien sufre preocupación crónica y ansiedad asociada, su atención se concentra en el futuro y no en el momento actual. La investigación ha demostrado que cuando enfrentan una situación que provoca activación emocional, quienes se preocupan de manera crónica no experimentan todo el impacto emocional del suceso porque (1) se han estado "preparando" para que suceda algo "malo", y (2) su atención ya había cambiado a otros resultados negativos en el futuro (Borkovec, Hazlett-Stevens y Díaz, 1999). Por consiguiente, la preocupación funciona como estrategia de evitación cognitiva y sólo sirve como un intento inadaptado de obtener control de sucesos futuros aparentemente incontrolables. Las obsesiones, comunes en individuos con el trastorno obsesivo-compulsivo, también funcionan de manera similar.

Las señales de seguridad son más comunes en pacientes con trastorno de pánico con agorafobia, aunque también pueden presentarse en individuos con trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo u otros trastornos emocionales. Las señales de seguridad incluyen cualquier objeto que el paciente lleva consigo para sentirse más seguro o "cómodo", sobre todo si está por entrar en una situación que le provoque activación emocional. Las señales de seguridad pueden ir de llevar consigo medicamentos reales (p. ej., benzodiacepinas para disminuir la activación fisiológica o medicamentos para malestares gastrointestinales) a llevar envases vacíos de medicamentos, llevar objetos de "suerte" (un talismán, un oso de peluche, la pluma "de la suerte", entre otros). Independientemente del objeto en sí, si su función es ayudar al paciente a disminuir la activación emocional en el momento, se vuelve problemático porque alimenta el ciclo de reforzamiento negativo.

Además de cambiar los patrones de evitación de la emoción, este módulo se enfoca también en ayudar a los pacientes a identificar y luego modificar las conductas motivadas por la emoción. Los datos y las hipótesis de la ciencia de la emoción sugieren que la forma más eficiente y eficaz de cambiar las emociones es cambiar las respuestas a ellas (Barlow, 1988; Izard, 1971); por ende, es concebible que el mecanismo de cambio durante una exposición sea impedir la tendencia de acción asociada con una experiencia emocional particular. Durante las décadas anteriores, la investigación se concentró en

esas tendencias de acción y su modificación se ha convertido en un componente importante del tratamiento para la ansiedad y otros trastornos emocionales (Barlow, 1988; Linehan, 1993). Por ejemplo, Beck y colaboradores (1979) basaron una parte importante de su tratamiento para la depresión en modificar las tendencias de acción de sus pacientes a comportarse de "manera pasiva, demorada y apática" (p. 312). Más recientemente, las estrategias de activación conductual se han convertido en una característica central de los tratamientos más actuales para la depresión (Dimidjian *et al.,* 2006; Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001); para una revisión más detallada consulte el trabajo de Dimidjian, Martell, Hermann-Dunn y Hubley en el capítulo 8 de este volumen).

Para distinguir las tendencias de acción de las estrategias de evitación (descritas antes), el protocolo unificado denomina **conductas motivadas por la emoción** a esas respuestas conductuales a las emociones. Mientras la función de las estrategias de evitación emocional es la regulación decreciente o supresión de las emociones, las conductas motivadas por la emoción incluyen un conjunto específico de conductas **reactivas** asociadas con cada emoción. Por ejemplo, en el caso de un ataque de pánico la conducta impulsada por la emoción es el escape (lucha o huida), mientras que en el caso de la ansiedad es la hipervigilancia. De igual modo, la emoción del enojo provoca una conducta impulsada por la emoción de ataque y defensa, mientras que en el caso de la tristeza la conducta impulsada por la emoción es la ralentización y retraimiento cognitivo, emocional y físico (en la tabla 6-2 encontrará ejemplos de conductas motivadas por la emoción asociadas con diferentes trastornos emocionales). Sin embargo, es importante advertir que, además de impedir la evitación emocional, el terapeuta debe concentrarse en modificar las conductas motivadas por la emoción. Por ejemplo, es posible que un paciente con fobia social pueda mantener contacto visual y participar plenamente en situaciones sociales, pero que escape de la situación cuando su ansiedad se eleva al nivel del pánico. Por el contrario, este mismo paciente quizá sea capaz de permanecer en la situación tanto tiempo como sea necesario, pero durante todo ese tiempo puede estar distraído o evitar conversaciones con la gente. Es claro que ambos escenarios son problemáticos porque el paciente se impide aprender que puede experimentar las emociones a su nivel máximo sin abandonar la situación. También debe advertirse que, en la práctica, es difícil diferenciar la evitación y las conductas motivadas por la emoción por lo que, de ser necesario o clínicamente relevante, puede restarse importancia a esta distinción para un determinado paciente.

Tabla 6-2. Ejemplos de conductas motivadas por la emoción y de conductas incompatibles

Conductas motivadas por la emoción	Trastorno con el que se asocia más habitualmente	Conductas incompatibles
Llamar a los familiares para verificar su seguridad	Trastorno de ansiedad generalizada	Restringir el contacto o las llamadas a familiares

Conducta perfeccionista en el trabajo o la casa	Trastorno de ansiedad generalizada	Dejar las cosas desordenadas o sin terminar
Verificar las cerraduras, la estufa u otros electrodomésticos	Trastorno obsesivo-compulsivo	Cerrar y abrir y encender y apagar repetidamente hasta que la memoria quede confusa
Salir (escapar) de un teatro, servicio religioso y otra área abarrotada	Trastorno de pánico con agorafobia	Avanzar al centro de la multitud. Sonreír o presentar expresiones faciales no temerosas
Retraimiento social	Depresión	Activación conductual
Salir (escapar) de una situación social	Fobia social	Permanecer en la situación y acercarse a la gente
En una discusión atacar verbal o físicamente a alguien	Trastorno por estrés postraumático	Salir de la situación y, o practicar técnicas de relajación
Hipervigilancia	Todos los trastornos	Enfocar la atención en la tarea específica a la mano; meditación, relajación

Después de que se introduce el concepto de las conductas motivadas por la emoción, los pacientes utilizan los formatos de automonitoreo para empezar a monitorearlas y al final se enfocan en modificarlas. Esto puede ser un ejercicio muy concreto para el paciente porque se le da la instrucción de "hacer algo diferente a lo que haría habitualmente". En la figura 6-2 se ilustra el formato para la supervisión de las conductas motivadas por la emoción.

Módulo 6: Consciencia y tolerancia de las sensaciones físicas

Este módulo (que por lo general dura una sesión) se diseñó para aumentar la consciencia que tiene el paciente del papel de las sensaciones físicas como componente central de las experiencias emocionales y fomentar una mayor tolerancia de esas sensaciones.

En este módulo se pide a los pacientes que participen en una serie de ejercicios de exposición interoceptiva diseñados para inducir sensaciones físicas análogas a las que suelen asociarse con sentimientos naturales de ansiedad y malestar emocional (p. ej., falta de aire, palpitaciones, mareos), los cuales a menudo se convierten en señales de ansiedad por medio del condicionamiento interoceptivo (Barlow, 2002). Algunos ejemplos de los ejercicios de exposición interoceptiva incluyen hiperventilación, girar (estando de pie o en una silla), correr en el lugar y respirar a través de una pajilla. El uso de la exposición interoceptiva se ha limitado al tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia, y se ha demostrado que disminuye la frecuencia de los ataques de pánico y el temor a las sensaciones físicas que ocurren como característica principal del trastorno (p. ej., Barlow *et al., 2000;* Craske, Rowe, Lewin y Noriega-Dimitri, 1997). Sin embargo, dado que también en otros trastornos emocionales se observa una exacerbación de la activación fisiológica y de la sensibilidad a las sensaciones físicas, las exposiciones

interoceptivas se aplican en diferentes diagnósticos independientemente de que las sensaciones físicas representen un foco específico de la ansiedad del paciente.

Módulo 7: Exposición interoceptiva y situacional

En este último módulo central se practican y amplían los conceptos del tratamiento por medio de exposiciones a la emoción durante la sesión, elaboradas por el terapeuta y adaptadas en forma individual al paciente que presenta los síntomas (este módulo es el más extenso y por lo regular requiere de cuatro a seis semanas). Mediante la exposición a señales internas y externas a la larga aumenta la tolerancia de los pacientes a experiencias emocionales intensas e incómodas. Las exposiciones durante la sesión pueden ir de la exposición imaginaria a un suceso emocional pasado (para trastorno por estrés postraumático o trastorno de ansiedad generalizada), una conversación con un desconocido (para la fobia social), entrar a un baño sucio (para trastorno obsesivo-compulsivo) o mirar una película triste (para trastorno de depresión mayor o distimia). Además, para algunos pacientes está indicada la participación continua en exposiciones interoceptivas a fin de fomentar una mayor tolerancia a las sensaciones físicas incómodas. La meta de las exposiciones es introducir gradualmente situaciones y experiencias que funjan como desencadenantes externos de experiencias emocionales. Al provocar las emociones que los pacientes han estado evitando, se les da la oportunidad de practicar las técnicas que aprendieron en el tratamiento (consciencia enfocada en el presente, revaloración cognitiva, modificación de las conductas motivadas por la emoción y prevención de la evitación de la emoción). En este sentido, la exposición a la emoción en sí es el mecanismo de acción necesario para el cambio; de ahí que el contexto situacional real pierda importancia. Los terapeutas deben ser creativos en el diseño de la exposición para elevar al máximo la emoción que se provoca en el paciente.

Módulo 8: Prevención de recaídas

El tratamiento concluye con una revisión general de los principios del tratamiento y una discusión sobre el progreso del paciente (por lo general durante una sesión). En este módulo el terapeuta y el paciente identifican estrategias específicas para mantener y ampliar los logros del tratamiento y para responder a las dificultades que puedan surgir en el futuro. Por ejemplo, se enfatiza que la reaparición de la ansiedad y, o de dificultades en el estado de ánimo no refleja una recaída y que puede ser una fluctuación natural de las emociones que debe abordarse usando las habilidades desarrolladas en el tratamiento.

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROTOCOLO

Las siguientes descripciones de las sesiones y las transcripciones que las acompañan corresponden al caso de "Joseph", que se describió antes y que fue tratado por una de las autoras.

Introducción: Resumen del formato y procedimientos generales del tratamiento

Durante la sesión introductoria, se identifican y se revisan las metas del programa de tratamiento. El protocolo unificado pretende ayudar a los clientes a tomar consciencia y entender mejor las experiencias y reacciones emocionales, y a contrarrestar las respuestas desadaptadas a las emociones incómodas. La modificación de las respuestas desadaptadas puede contribuir a reducir la intensidad y frecuencia de las emociones incómodas, y al mismo tiempo permitir que los clientes las experimenten de una forma adaptada. También es importante enfatizar que la modificación de esas respuestas puede ser un reto y que el cambio no suele ocurrir de manera lineal.

Antes del primer módulo del tratamiento el terapeuta hace también una introducción general a la logística del tratamiento, lo que incluye duración y estructura general de la sesión, el papel del terapeuta y el cliente, y la importancia de dar prioridad al tratamiento y realizar las prácticas fuera de la sesión. Se enfatiza la naturaleza colaborativa del tratamiento, incluyendo la importancia de la retroalimentación del paciente. Aunque en condiciones ideales la implementación del formato unificado requiere de 12 a 18 sesiones con una duración de 50 a 60 min, debido al formato modular en que se basa dicho protocolo es posible que en cada módulo se utilice un número flexible de sesiones, lo que puede modificar el número total de sesiones entre los clientes.

Luego de esta introducción al tratamiento se hace una revisión detallada del problema presentado. En esta revisión el terapeuta se concentra en las emociones que provocan más angustia y, o interferencia en la vida del cliente, los contextos y situaciones en que ocurre la emoción y la forma en que el paciente ha intentado manejar esas emociones. A continuación, Joseph describe la ansiedad relacionada con una nueva oportunidad de empleo.

TERAPEUTA: Mencionó que recientemente se le ofreció la oportunidad de enseñar en el verano. ¿Puede contarme más al respecto?

JOSEPH: Bueno, debería estar emocionado por eso. Es algo que de verdad quiero hacer, enseñar música a niños de escuelas urbanas, pero me estresa porque sé que voy a arruinarlo.

TERAPEUTA: ¿De qué manera?

JOSEPH: Bueno, para poder dar la clase necesito programar los salones y obtener los útiles, pero no sé con quién se supone que debo hablar para organizarlo, y temo que si envío un correo electrónico a la persona que me contrató va a pensar que soy tonto o incompetente, o que cometió un error al contratarme porque no sé lo que voy a hacer.

TERAPEUTA: ¿Y cómo está afrontando ahora la ansiedad?

JOSEPH: Me parece que no muy bien. Siento que me estoy escondiendo, que todo es un error. Tengo la esperanza de que esto funcionará de alguna manera, pero no sé cómo. He estado evitando enviar el correo, pero no he hablado con nadie más al respecto. Permanezco despierto toda la noche pensando en esto y lo siento como un hoyo en el estómago.
TERAPEUTA. Parece entonces que también le está afectando el sueño.
JOSEPH: Sí.
TERAPEUTA: ¿Ha encontrado alguna solución a su problema?
JOSEPH: No, me siento como un venado frente a los faros delanteros de un vehículo, como si estuviera congelado, paralizado.
TERAPEUTA: ¿Ha pensado en pedir consejo a alguna persona en la escuela?
JOSEPH: ¡De ninguna manera! ¡No podría hacerlo nunca!

Advierta que en este intercambio inicial el terapeuta ya había obtenido información importante acerca de las experiencias emocionales del paciente y de sus formas de afrontar las emociones incómodas. En este caso, Joseph está sufriendo mucha ansiedad relacionada con una nueva oportunidad de empleo. El terapeuta ya obtuvo información acerca de algunas de las valoraciones negativas automáticas de Joseph (p. ej., su suposición de que si pide información o ayuda los demás lo verán como un incompetente), las sensaciones físicas relacionadas con la ansiedad (p. ej., un "hoyo" en el estómago), y las conductas desadaptadas (p. ej., preocupación, rumiación, evitación, postergación).

El terapeuta también puede obtener información sobre qué tan útiles resultan para el paciente las formas en que responde a las emociones incómodas. En este caso, Joseph está experimentando mucha ansiedad porque no ha sido capaz de encontrar alguna solución a su problema y se encuentra "congelado y paralizado".

Aunque el terapeuta dedicará una parte importante de la sesión a revisar los problemas que presenta Joseph y a obtener información adicional sobre sus respuestas a las emociones, este proceso continuará durante las primeras sesiones de tratamiento. A medida que el terapeuta obtenga información adicional sobre las estrategias (adaptadas o desadaptadas) empleadas para manejar las emociones, la evitación emocional o situacional, y la presentación de conductas motivadas por la emoción, eso se integra luego en el análisis funcional del paciente y el plan de tratamiento puede ajustarse en consecuencia.

Módulo 1: Aumentar la motivación para comprometerse con el tratamiento

Este módulo se enfoca en alcanzar las metas de preparar y desarrollar la disposición de cada paciente para realizar los cambios conductuales identificados, con base en los principios y técnicas de la entrevista motivacional desarrollada por Miller y Rollnick (2013). Específicamente, en este módulo y en el curso del tratamiento se utilizan los principios de (1) expresar empatía, (2) desarrollar discrepancia, (3) manejar la resistencia, y (4) apoyar la autoeficacia para favorecer el cambio conductual. En este módulo el

terapeuta explora con el paciente cuestiones motivacionales por medio de los ejercicios diseñados para construir motivación (por medio de la Hoja de trabajo para el equilibrio de las decisiones) y para mejorar la autoeficacia (mediante el uso de la Hoja de trabajo para establecer las metas del tratamiento). Dichos ejercicios se proponen, respectivamente, destacar los posibles obstáculos para el cambio e identificar metas concretas específicas.

TERAPEUTA: Veamos su Hoja de trabajo para el equilibrio de las decisiones. Usted mencionó algunas ventajas del cambio, como ser más social y trabajar en un empleo que disfruta. ¿Cuáles serían algunas desventajas del cambio?

JOSEPH: Bueno, en ocasiones es más fácil evitar por completo esas situaciones.

TERAPEUTA: Correcto, y es importante darse cuenta y ser honesto consigo mismo acerca de esto porque si bien parte de usted quiere el cambio, hay otra parte que ha aprendido que, por lo menos en el corto plazo, es más fácil permanecer igual. ¿Qué desventajas le ve a permanecer sin cambio?

JOSEPH: Bueno, si no enfrento nunca mi ansiedad nunca tendré una vida social ni el trabajo que quiero.

TERAPEUTA: Entonces, ¿por un lado quiere cambiar su forma de lidiar con su ansiedad para poder tener la vida que desea, y al mismo tiempo es más difícil cambiar que limitarse a evitar las cosas?

JOSEPH: Sí, eso es correcto.

TERAPEUTA: Es importante reconocer esas dos partes de usted porque en realidad es bastante normal tener cierta aprehensión o ambigüedad respecto al cambio. Al ser abierto consigo mismo sobre esto está en una posición mucho mejor para valorar su decisión de participar o no en el tratamiento porque esto implicará ponderar una decisión más que juzgarse por el éxito o el fracaso. Si se encuentra divagando durante el tratamiento, podrá reconocer que quizá eso esté relacionado con sus sentimientos de aprehensión o ambigüedad acerca del cambio, lo que es muy normal, y no necesariamente porque esté fallando de alguna manera.

Módulo 2: Entender las emociones

Al empezar este módulo el terapeuta ofrece psicoeducación sobre la naturaleza de las emociones y la manera en que se desorganizaron. Al inicio de esta discusión es importante destacar la naturaleza funcional y adaptada de las emociones por dos razones: (1) para que el paciente entienda por qué no puede limitarse a desear eliminarlas, y (2) para explorar la información potencialmente importante que ofrecen las emociones adaptadas. Este segundo punto es ilustrado por la introducción del tema de las conductas motivadas por la emoción (conductas que ocurren en respuesta a las emociones), de modo que el paciente pueda identificar cómo motivan la emoción respuestas específicas a hechos o situaciones internas o externas.

A continuación se describe el modelo de tres componentes de las experiencias emocionales como un marco para examinar las emociones dividiéndolas en componentes

(cogniciones, conductas y sensaciones fisiológicas), lo que facilita su manejo. El terapeuta emplea un ejemplo relevante para la experiencia del paciente a fin de demostrar la contribución de cada componente a su experiencia emocional; luego dirige al paciente en la identificación de cada componente en este ejemplo y presenta el modelo como la base estructural del tratamiento.

En el curso del tratamiento se aborda por separado cada componente como un factor que contribuye a la emoción general y que interactúa con los otros componentes. En esta sección del módulo se asigna al paciente la tarea de completar un ejemplo del modelo de tres componentes en que debe descomponer alguna emoción que haya experimentado en la semana en el modelo de tres componentes presentado en la sesión, para lo cual debe registrar los pensamientos, las conductas y sensaciones fisiológicas específicas a ese ejemplo.

TERAPEUTA: Como hablamos al respecto, en su núcleo las emociones, incluso aquellas como ansiedad, temor, enojo o tristeza, son en realidad cosas **buenas** porque nos ayudan a funcionar y a navegar en el mundo que nos rodea. No obstante, la cuestión es que siempre tenemos reacciones a nuestras emociones. Una emoción puede desencadenar todo tipo de pensamientos, recuerdos, sensaciones físicas y conductas asociadas, que a menudo se aprendieron durante la vida. El problema es que, cuando las experimentamos todas al mismo tiempo, podemos sentirnos abrumados y atrapados en nuestras respuestas emocionales, y de repente esas emociones parecen algo que no podemos afrontar y de lo que debemos alejarnos. De improviso, la ansiedad que usted siente en relación con su nuevo empleo no está funcionando como una forma útil que lo motive a prepararse para el futuro, lo que es, en su núcleo, la función adaptada de la ansiedad. En lugar de eso, la ansiedad es algo que lo paraliza, que lo despierta por las noches y que lo hace sentir "congelado".

JOSEPH: Correcto, y sólo quiero alejarme.

TERAPEUTA: Así es. En lugar de que la emoción se sienta como algo útil, parece algo intolerable. De modo que necesitamos descomponer esas experiencias emocionales en sus componentes para hacerlas menos abrumadoras y para ayudarnos a identificar cómo es que una emoción como la ansiedad pasa de ser algo adaptado y útil a algo temido y evitado. Como mencioné antes, las experiencias emocionales están compuestas por tres partes principales: pensamientos, sentimientos y conductas. Lo que necesitamos es ayudarlo a reconocer mejor cada una de esas partes para convertirlo en un mejor observador de sus experiencias emocionales. Luego, durante el tratamiento, revisaremos de manera individual cada uno de esos componentes para apreciar la forma en que pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas, y comportamientos específicos pueden estar influyendo en su experiencia general y ocasionando que dicha experiencia pase de ser algo útil a algo incómodo e indeseable.

Reconocimiento y seguimiento de las respuestas emocionales

Un paso importante para comprender mejor las experiencias emocionales implica

supervisar más de cerca cuándo, dónde y por qué ocurren las emociones. Esto se hace mediante la ilustración del ARC de las emociones. En esta ilustración es crucial que el terapeuta utilice un ejemplo claro para trabajar con el paciente, enfocándose en varios puntos importantes. Primero, las emociones siempre son desencadenadas por algún hecho o situación (interna o externa), aunque al principio puede ser difícil identificar ese desencadenante. No obstante, la práctica repetida y la consciencia pueden facilitar la identificación de desencadenantes específicos que luego se conocen como **antecedentes** (la **A** en el ARC de las emociones). Los antecedentes pueden presentarse antes de que se experimente la emoción (p. ej., ir en un elevador desencadena un ataque de pánico), o pueden haber ocurrido días o incluso tiempo antes de experimentar la emoción (p. ej., una pelea con un amigo al inicio de la semana desencadena más tarde un arrebato con un ser querido). A menudo, existen múltiples antecedentes que pueden ser inmediatos y distantes. La **R** del ARC de las emociones corresponde a todas las **respuestas** a las experiencias emocionales, incluyendo pensamientos, sensaciones fisiológicas y conductas advertidas en el modelo de los tres componentes. Por último, las **consecuencias,** o la **C** del ARC de las emociones, se refieren a los resultados a corto y, o largo plazo de la respuesta emocional. Aunque las consecuencias a menudo son negativas, es importante que el terapeuta señale las consecuencias positivas potenciales de la respuesta emocional (p. ej., disminución de la ansiedad después de escapar de una situación difícil), ya que este proceso de reforzamiento negativo usualmente mantiene el ciclo de las emociones.

En la ampliación de esta discusión el terapeuta introduce el concepto de conductas aprendidas, concentrándose esencialmente en la forma en que el paciente ha aprendido respuestas a las emociones que suelen ser un intento por manejarlas o controlarlas, pero que a menudo ocasionan que el paciente se sienta peor. La respuesta habitual a las emociones impide que tenga lugar cualquier nuevo aprendizaje (es decir, que una situación no es tan peligrosa como parece durante la experiencia de un ataque de pánico) e imposibilita que el paciente desarrolle una forma de afrontamiento. Este proceso es lo que convierte en desadaptadas a las emociones y respuestas emocionales adaptadas.

Módulo 3: Entrenamiento en consciencia de la emoción: aprender a observar las experiencias

La meta de este módulo es presentar al paciente el concepto de consciencia de la emoción e iniciar la práctica regular de esta habilidad. El terapeuta debe comunicar que la habilidad para tener consciencia de la emoción es diferente a la noción que tiene actualmente el paciente de sus emociones. Esta habilidad le permitirá ver las emociones desde una perspectiva objetiva y no crítica que le hará más fácil identificar y modificar los pensamientos y comportamientos inadaptados. Durante esta introducción el terapeuta revisa la diferencia entre **emociones primarias,** que son las "primeras" respuestas emocionales a una situación y al recuerdo (que por lo general tienen una relación directa con la situación o el recuerdo en sí) y las **reacciones secundarias,** éstas son las reacciones a las emociones primarias y tienden a estar cargadas de juicios y a no basarse en el contexto actual. Las reacciones secundarias son problemáticas porque pueden

impedir que se reciba información correctiva sobre la situación actual. Además, la naturaleza de las reacciones secundarias suele ser evaluativa y crítica, lo que distancia todavía más al paciente de la información potencialmente útil o correctiva que se encuentra en la situación actual o en las emociones primarias, y que tiende a intensificar o prolongar la experiencia emocional. En este análisis puede ser muy útil usar ejemplos de la experiencia personal del paciente para describir tanto las emociones primarias como las reacciones secundarias.

Durante la revisión de la consciencia enfocada en el presente es importante que el terapeuta recuerde varios puntos importantes al paciente. Primero, este tipo de práctica puede resultar complicada o incómoda al principio. La meta no es hacer el ejercicio de forma "perfecta", más bien, el paciente debe esforzarse por llegar a ser un observador objetivo de la experiencia emocional y desarrollar la habilidad de prestar atención de manera absoluta y en el momento. Segundo, también es importante practicar la consciencia enfocada en el presente. El terapeuta puede ayudar al paciente a encontrar una "señal" (p. ej., la respiración) para dirigir su atención al momento actual, sobre todo cuando siente angustia. La meta de esta práctica más informal es emparejar repetidamente la señal elegida por el paciente (una vista, un sonido u otra sensación) con un cambio de la atención y la consciencia al momento presente, de modo que a la larga esta señal quede automáticamente emparejada con la consciencia del momento actual. Es importante que el terapeuta advierta al paciente que **no** debe usar la respiración (u otra señal) como una distracción, sino como una señal que le recuerde que debe prestar atención plena al momento presente. A la larga, una vez que se ha condicionado esta señal para ayudarse a reorientar la atención al momento actual, el paciente puede continuar con una breve "verificación de tres puntos" de pensamientos, sensaciones físicas y conductas. Al observar lo que ocurre en el momento en esos tres dominios, el paciente empieza a identificar cómo es afectada su experiencia emocional general por las respuestas de cualquiera de esas áreas, a comparar lo que sucede en esos dominios con información del contexto actual y, por último, a identificar y modificar cualquier patrón inadaptado de respuesta.

Para ilustrar esos conceptos en la sesión, durante el ejercicio formal de consciencia o mindfulness se incluye una práctica específica de consciencia no crítica de la emoción. Esto puede ser una meditación guiada o alguna otra práctica que permita al paciente concentrarse en el momento actual, a la vez que advierte y practica cómo liberarse de juicios y evaluaciones. Después de que el paciente ha tenido la oportunidad de practicar esta habilidad, la siguiente práctica involucra el uso de la habilidad para advertir experiencias emocionales un poco más intensas. Suele ser útil hacer que el paciente elija una pieza de música para escuchar durante la sesión, o bien puede ser seleccionada por el terapeuta. Cuando la música termina, el terapeuta ayuda al paciente a provocar pensamientos, sentimientos u otras reacciones y a practicar la discusión de esta experiencia de una forma objetiva y no crítica. El siguiente extracto describe la reacción de Joseph cuando escuchó una pieza de música.

TERAPEUTA: ¿Qué notó mientras escuchaba la música?

JOSEPH: Me di cuenta de que mi mente saltaba de un lugar a otro. Fue difícil observar mis pensamientos.

TERAPEUTA: Aún así, pudo darse cuenta de que sus pensamientos saltaban de un lado a otro y que era difícil ubicarlos. Como la meta de este ejercicio es practicar la observación, cuenta incluso el hecho de advertir que sus pensamientos lo llevaban a algún otro lugar, incluso después de que eso hubiera ocurrido. ¿Qué hay acerca de las sensaciones físicas? ¿Se percató de alguna de ellas?

JOSEPH: Me di cuenta del momento en que entraba uno de los instrumentos, lo sentí en las vísceras.

TERAPEUTA: ¿Entonces el solo hecho de escuchar ese nuevo sonido le provocó una sensación física?

JOSEPH: Sí.

TERAPEUTA: ¿Y qué pasó con las conductas? ¿Advirtió alguna conducta o algún impulso para hacer algo?

JOSEPH: Bueno, en un par de ocasiones me percaté de que me sentía incómodo y que quería moverme.

TERAPEUTA: ¿Y en relación con la música? ¿Pudo escucharla?

JOSEPH: Me parece que se perdía en mi cabeza.

TERAPEUTA: Eso es algo que pueden hacer nuestras emociones. Una emoción puede disparar todo tipo de pensamientos, sentimientos y comportamientos asociados que tienen muy poco que ver con lo que sucede "en el cuarto", aunque la emoción que se desencadenó al inicio está conectada con algo que ocurría en el momento actual, justo como la música que escuchaba, que en realidad eran sonidos que ocurrían en el momento presente. Mejorar en la observación de nuestras reacciones al desencadenante (en este caso, la música) nos permite apreciar que muchos de nuestros pensamientos, sentimientos y comportamientos asociados, en realidad "encajan" con el contexto actual, y que muchos de ellos son sólo asociaciones, que pueden coincidir o no con el contexto actual.

Módulo 4: Valoración y revaloración cognitiva

La valoración cognitiva implica exponer primero el concepto de que las interpretaciones dependen, en gran medida, de en cuál de los numerosos aspectos (o estímulos) decide enfocarse la persona en cualquier situación dada. Para sobrevivir es fundamental concentrarse en aspectos limitados o específicos de una situación. Si se tratara de atender a todos los estímulos presentes en cualquier lugar al que se vaya, sería abrumante la información. Este proceso, que por lo general ocurre fuera de la consciencia, ayuda a evaluar con rapidez situaciones en que puede haber riesgo o peligro y permite calcular lo que podría suceder en el futuro. Es muy importante advertir que la información en la que nos enfocamos y que se percibe como riesgosa o peligrosa tiende a ser resultado de asociaciones aprendidas entre información o estímulos específicos y el valor afectivo o de amenaza de los mismos. Por ejemplo, es posible que aumente la vigilancia de las

evaluaciones negativas si en el pasado estas evaluaciones se asociaron con amenaza. Es importante resaltar que las valoraciones pueden tener un impacto poderoso en los sentimientos y estados de ánimo y viceversa. Para ilustrar este concepto los terapeutas pueden indagar cómo varían las valoraciones dependiendo de si el paciente se sintiera alegre, triste o enojado.

Para demostrar las muchas valoraciones diferentes que pueden generarse en una situación se usa un ejercicio dentro de la sesión. El terapeuta muestra al paciente una imagen "ambigua" a la que pueden asignarse diferentes valoraciones cognitivas, le pide que mire la imagen durante 30 segundos y luego le solicita su valoración inicial y por lo menos dos o tres valoraciones alternativas. También le pregunta específicamente qué pudo haber contribuido a la valoración automática (p. ej., recuerdos de situaciones similares, detalles específicos de la imagen). Este ejercicio permite demostrar que las situaciones pueden interpretarse de formas distintas si se considera toda la información disponible.

Las valoraciones automáticas, interpretaciones de situaciones que ocurren con mucha rapidez, a menudo son de naturaleza negativa o pesimista. Las valoraciones automáticas **centrales** (p. ej., "Soy un fracaso") pueden impulsar muchas respuestas emocionales. Es útil si el terapeuta puede identificar una o más valoraciones automáticas centrales con la técnica de la flecha hacia abajo, en lugar de concentrarse en valoraciones superficiales relacionadas con una situación específica.

Las valoraciones automáticas pueden dar lugar a un poderoso heurístico que al volverse habitual empieza a excluir otras valoraciones, posiblemente más apropiadas o realistas, de un hecho o situación. Esas valoraciones automáticas se conocen como **trampas del pensamiento** porque, al paso del tiempo, el paciente puede quedar "atrapado" en esta forma de pensar. Como se revisó, dos trampas del pensamiento comunes, la **sobreestimación de la probabilidad** (saltar a conclusiones), o la tendencia a asumir una elevada probabilidad de que ocurra un evento negativo, y la **catastrofización** (pensar lo peor) o asumir que las consecuencias de un suceso escaparán a la capacidad de afrontamiento del sujeto, se presentan como dos sesgos cognitivos comunes a todos los trastornos emocionales. El terapeuta guía al paciente para que empiece a identificar esos sesgos en el contexto de su experiencia. A continuación se presenta la forma en que el terapeuta analiza esos dos sesgos cognitivos a partir de una situación reciente en que Joseph estuvo a punto de ser atropellado por un carro mientras cruzaba la calle.

TERAPEUTA: Cuénteme qué sucedió cuando estuvo a punto de ser atropellado.
JOSEPH: Bueno, estaba cruzando la calle y un carro dio una vuelta ilegal a la derecha y casi me atropella. Mis manos pegaron en el toldo del vehículo y pude ver la cara de la conductora que me gritaba.
TERAPEUTA: ¿Y qué sucedió luego?
JOSEPH: Bien, me di cuenta de que la gente en la acera me veía como si fuera un completo idiota y me sentí tan avergonzado que corrí a casa y no salí por el resto del

día. Simplemente no podía enfrentar a nadie.

TERAPEUTA: ¿Puede recordar algo de lo que pensaba en ese momento?

JOSEPH: Sólo recuerdo que me sentía como un idiota, como si todos me miraran y pensaran que soy un estúpido.

TERAPEUTA: Mencionó que iba cruzando por el paso de peatones, ¿estaba encendida la señal para cruzar?

JOSEPH: Sí.

TERAPEUTA: Y la conductora, ¿mencionó que la conductora había dado una vuelta ilegal?

JOSEPH: Sí, había un anuncio de "No dar vuelta con la luz roja".

TERAPEUTA: ¿Entonces usted tenía el derecho de paso?

JOSEPH: Eso me pareció.

TERAPEUTA: ¿Qué evidencia tiene que sugiera que los peatones pensaron que usted era un idiota?

JOSEPH: No lo sé, sólo miraban y me señalaban con el ceño fruncido.

TERAPEUTA: ¿Está seguro de que eso era lo que pensaban?

JOSEPH: Bueno, no estoy seguro.

TERAPEUTA: Exacto, porque en realidad no sabemos lo que pensaban. Entonces, es posible que pensaran que es un idiota, pero ¿puede pensar en alguna otra cosa que pudiera haber pasado por su cabeza? Si usted estuviera parado en la acera y viese que alguien casi es atropellado en el paso de peatones, ¿cuál podría ser alguno de sus pensamientos?

JOSEPH: Bueno, supongo que me sentiría alarmado o que esperaría que la persona estuviera bien.

TERAPEUTA: Si usted viera que alguien cruza la calle cuando tiene la preferencia para cruzar y que casi es atropellado por un vehículo que da una vuelta ilegal, ¿qué tan probable sería que pensara que esa persona es un idiota?

JOSEPH: No muy probable, seguramente me sentiría preocupado.

TERAPEUTA: Pero para usted, en ese momento, en una escala de 0 a 100%, donde 0% corresponde a nada en absoluto y 100% corresponde a la certeza ¿qué tanto **sentía** que los peatones pensaban que usted era un idiota?

JOSEPH: ¿En ese momento? Probablemente entre 80 y 90%

TERAPEUTA: Y ahora que está aquí sentado, y usando la misma escala ¿qué tan probable cree que sea que los peatones pensaban que usted era un idiota?

JOSEPH: No lo sé, ¿tal vez 20%?

TERAPEUTA: ¿Y qué emociones experimentaba en ese momento?

JOSEPH: Bueno, cuando la conductora casi me atropella, creo que sentí miedo.

TERAPEUTA: ¿Puede recordar alguna sensación física?

JOSEPH: Mi corazón estaba acelerado y recuerdo que me sentía caliente y tembloroso.

TERAPEUTA: De modo que cuando sintió miedo y todas las sensaciones físicas asociadas, junto con esas sensaciones llegó el pensamiento de que los demás lo

percibían como un idiota, y como el culpable. Y en ese momento los pensamientos parecían ser verdaderos. Ahora, sentado aquí y sin la experiencia de temor o de los síntomas físicos asociados, ¿qué le parecen esos pensamientos?

JOSEPH: Bueno, sentado aquí no parece muy probable que pensaran que fui un idiota si casi fui atropellado. Parece algo extremo.

El terapeuta analiza la importancia de la supervisión y del registro de las valoraciones automáticas para hacer más consciente al paciente de la ocurrencia de esas valoraciones automáticas, y le recuerda que el uso de las habilidades para enfocar la consciencia en el presente que aprendió en el módulo anterior pueden ayudarlo en este proceso; al anclarse en el momento actual por medio de la señal que eligió (es decir, respirar profundo y enfocar la atención en un sonido o sensación que ocurra en el momento presente), el paciente puede usar la "verificación de tres puntos" para observar qué pensamientos se presentan en ese momento. La meta es identificar los pensamientos automáticos que se presentan y usar luego la información de la situación actual para considerar otras interpretaciones posibles de lo que sucede en el contexto presente. De este modo, el paciente puede hacer un uso más flexible de la información de las asociaciones aprendidas (es decir, de la memoria) y la información del contexto actual para generar valoraciones más adaptadas.

A medida que el paciente empieza a registrar las valoraciones automáticas, el terapeuta puede ayudarlo a identificar patrones en los pensamientos automáticos; además de ayudarlo a identificar las trampas del pensamiento utiliza el cuestionamiento socrático de la "flecha hacia abajo" para ayudarlo a enfocar su atención en la valoración "central". El extracto que se presenta a continuación fue tomado de una discusión del miedo de Joseph a tener un brote de sus síntomas de colon irritable y tener que usar el baño en medio de una fiesta.

TERAPEUTA: Me ha hablado de que sus síntomas de colon irritable le impiden asistir a fiestas. ¿Específicamente qué le preocupa acerca de esos síntomas y las fiestas?

JOSEPH: Bueno, que esté en una fiesta y de repente tenga que correr al baño.

TERAPEUTA: ¿Y qué le preocupa en relación con eso?

JOSEPH: Bueno, que la gente se dé cuenta de que tengo que correr al baño.

TERAPEUTA: ¿Y qué?

JOSEPH: Y sabrán que estoy usando el baño.

TERAPEUTA: ¿Y qué le preocupa de eso?

JOSEPH: Van a pensar que soy asqueroso.

TERAPEUTA: ¿Y qué significa eso para usted?

JOSEPH: Que soy grosero y despreciable. Nadie querrá tener algo conmigo.

TERAPEUTA: Eso es lo que deseamos, el verdadero centro de la cuestión, lo que da lugar a esta interpretación. Muchos de los pensamientos ansiosos que ha registrado se reducen a sentirse despreciable. Entonces usted piensa "Si no puedo controlar mis intestinos, voy a tener que usar el baño, y si tengo que usar el baño la gente va a

rechazarme por asqueroso y despreciable". Por supuesto, con ese tipo de valoración cualquiera se sentiría ansioso ante la posibilidad de asistir a una fiesta.

Como se demostró antes, a continuación el terapeuta lleva al paciente a hacer un examen más detallado de esta revaloración cognitiva central, enfocándose en el pensamiento flexible. Con el fin de generar valoraciones alternativas y poner menos atención en la valoración automática se presentan las estrategias que enseñen al paciente a contrarrestar la sobreestimación y a descatastrofizar. Contrarrestar la estimación de probabilidad implica utilizar la evidencia pasada para examinar qué tan realista es la estimación del paciente cuando experimenta una emoción. El terapeuta guía al paciente en la tarea de hacer estimaciones concretas y comparar la estimación original con una más realista. La descatastrofización implica ayudar al paciente a identificar su capacidad para afrontar la situación temida mediante el uso de evidencia anterior y ejemplos específicos (p. ej., experiencias similares en el pasado). Es importante comunicar al paciente que esas estrategias no eliminan las valoraciones negativas, sino que le ofrecen mayor flexibilidad y le permiten obtener perspectiva sobre las situaciones a las que teme, usando como guía información más precisa en lugar de quedar atrapado en valoraciones automáticas sobreaprendidas.

Módulo 5: Evitación emocional

El terapeuta introduce ahora el concepto de evitación emocional y describe el daño que causa a largo plazo aunque pueda ofrecer algo de alivio en el corto plazo. Como se mencionó, se presentan los tipos de evitación incluyendo las conductas sutiles (p. ej., postergación), las cogniciones (p. ej., distracción) y las señales de seguridad (p. ej., llevar un frasco de medicamento). Es importante que el paciente entienda por qué y cómo es problemática la evitación. El terapeuta explica que la evitación (1) impide la habituación al estímulo temido, por lo que los niveles de temor se mantienen en un nivel alto o constante mientras se esté en contacto con el estímulo; (2) interfiere con el proceso de extinción, por lo que la asociación condicionada entre la señal y la respuesta de temor se mantiene en lugar de debilitarse; y (3) impide que el paciente desarrolle un sentido de control o autoeficacia para manejar el temor porque atribuye los resultados positivos a la estrategia de evitación. El terapeuta pide al paciente que genere ejemplos personalmente relevantes de evitación y analiza cómo han mantenido esas estrategias el ciclo de emociones.

TERAPEUTA: Ahora vamos a cambiar nuestro foco de atención para ver cómo contribuyen las conductas a sus experiencias emocionales. Hablemos primero sobre la evitación. Es posible que algunas veces haga cosas para no tener que sentir una emoción incómoda. Por ejemplo, mencionó que tener que buscar a sus compañeros en la escuela para obtener información sobre algo que desconoce le provoca mucha ansiedad, y eso genera valoraciones de que pensarán que es incompetente o estúpido, ¿correcto?

JOSEPH: Sí, como los útiles que necesito para mi clase. Necesito más libros de música para los niños pero no sé si se supone que yo los lleve o que los ordene por medio de la escuela, o cómo se supone que pague por ellos.

Sé que tendría que enviar un correo electrónico [a su supervisora], pero como ella no mencionó nada sobre ordenar los útiles me da miedo que piense que soy estúpido o que pregunto demasiado, que yo debería encargarme de eso en lugar de preguntarle.

TERAPEUTA: Entonces evita preguntarle para no sentirse ansioso o "estúpido". Ese es un buen ejemplo de las cosas que hacemos activamente para evitar emociones incómodas. Hay también algunas conductas que pueden ser más sutiles, cosas de las que ni siquiera estamos al tanto que usamos como una estrategia de evitación. Por ejemplo, alguien que sufre ataques de pánico puede evitar la cafeína para no tener que sentir las sensaciones físicas de una mayor activación. ¿Puede pensar en algún ejemplo de formas más sutiles en que tal vez esté evitando las emociones incómodas?

JOSEPH: Bueno, cuando mencionó eso, de inmediato pensé en la fruta. No he comido frutas en dos años porque me da miedo que activen mis síntomas de colon irritable.

TERAPEUTA: Entonces, ¿lo que intenta es evitar la inflamación y los calambres?

JOSEPH: Bueno sí, eso, y lo que puede ser más importante, ¡intento evitar quedar en vergüenza en público!

TERAPEUTA: Entonces, como puede ver, tenemos formas sutiles y otras manifiestas de evitar las emociones incómodas, pero la cuestión es ¿eso hace que el problema desaparezca?

JOSEPH: Bueno, no. Todavía no sé qué voy a hacer respecto a ordenar los libros y supongo que sigo preocupado por mi colon irritable incluso sin comer fruta.

TERAPEUTA: Como puede apreciar, la evitación puede hacer que el problema desaparezca en el corto plazo, pero a la larga esta estrategia no es particularmente útil e incluso puede hacer que la situación empeore. De hecho, esas conductas de evitación fortalecen la asociación del temor y ansiedad con esas situaciones, entre más evite escribir a su supervisora, más ansiedad le provoca pensar que debe buscarla.

JOSEPH: Es verdad, es algo inminente y se siente todavía peor.

A continuación se conducen ejercicios dentro de la sesión para demostrar los efectos de la evitación emocional. El primer ejercicio implica pedir directamente al paciente que suprima un pensamiento, por ejemplo, pedirle que durante los siguientes 30 segundos piense en cualquier cosa, pero no permitirle que piense en un oso blanco (Wegner, Schneider, Carter y White, 1987). En este ejemplo clásico, los pacientes reportan que les resulta muy difícil no pensar en un oso blanco y durante el ejercicio experimentan de manera continua imágenes o pensamientos recurrentes sobre un oso blanco. Luego se analiza la efectividad de las estrategias de supresión. Segundo, se realiza el mismo ejercicio pero se pide al paciente que suprima un recuerdo o pensamiento que a nivel

personal sea relevante y angustiante. Por ejemplo, Joseph se había esforzado para no pensar en un correo electrónico que envió a su supervisora para pedirle información sobre cómo ordenar los útiles para sus estudiantes. Le preocupaba quedar como incompetente y que la supervisora tuviera una respuesta negativa hacia su correo. Con este pensamiento se realizó el mismo experimento del "oso blanco": se pidió a Joseph que durante 30 segundos pensara en lo que quisiera, excepto en ese correo electrónico. Como era de esperar, le resultó extremadamente difícil impedir que llegaran a su mente las rumiaciones sobre las reacciones potenciales de la supervisora. De este modo, el ejercicio hace una demostración incisiva y personalmente relevante de la inutilidad de los intentos activos por evitar los temas o situaciones angustiantes.

Conductas motivadas por la emoción

Aunque el concepto de conductas motivadas por la emoción se presentó en un momento anterior del tratamiento (en el segundo módulo), la meta de este módulo es enfocarse con mayor detalle en las conductas motivadas por la emoción y aprender a identificar y contrarrestar las que resulten desadaptadas. El terapeuta empieza con la revisión de las conductas motivadas por la emoción adaptadas y desadaptadas. Una vez más, una conducta impulsada por la emoción que consiste en escapar de una situación cuando se experimenta pánico puede ser adaptada si la persona se encuentra con una amenaza directa a su seguridad; sin embargo, la misma conducta es desadaptativa si no está presente una clara amenaza. En el último ejemplo, el pánico y la conducta impulsada por la emoción resultante son un ejemplo de "falsa alarma". El terapeuta puede emplear luego el concepto de reforzamiento negativo para explicar cómo se establecen y se mantienen las conductas motivadas por la emoción. Igual que sucede con la evitación emocional, recurrir a las conductas motivadas por la emoción de manera habitual brinda cierto alivio en el corto plazo, por lo que puede convertirse en una poderosa respuesta aprendida que mantiene el ciclo de las emociones. En este punto, se pide al paciente que genere ejemplos personales de conductas motivadas por la emoción y que analice la forma en que el reforzamiento negativo puede estar contribuyendo al malestar emocional. En la transcripción que se presenta a continuación, Joseph describe ejemplos personales de estas conductas, incluyendo el uso repetido del baño en un intento de controlar su colon irritable y sus conductas de verificación en respuesta a los pensamientos de indecisión y sus temores a decepcionar o lastimar a otros.

TERAPEUTA: Mencionó que se levanta varias horas antes de que tenga que salir para el trabajo. ¿Puede decirme qué hace durante ese tiempo?

JOSEPH: Bueno, como ya dije, una vez que salgo al trabajo me resulta difícil usar el baño, por lo que quiero asegurarme de que lo he hecho antes de salir de casa.

TERAPEUTA: ¿Y cuántas veces usa el baño antes de salir?

JOSEPH: Alrededor de cinco o seis veces.

TERAPEUTA: ¿Y por qué empezó a ir cinco o seis veces en lugar de hacerlo sólo una

vez?

JOSEPH: Bueno, al principio iba sólo una vez, pero luego empezó a preocuparme la posibilidad de que tuviera que ir de nuevo, por lo que lo hice una vez más. Luego anduve de un lado a otro, con la preocupación de si había sido suficiente, luego iba otra vez, después volvía a preocuparme…

TERAPEUTA: ¿Y cómo sabe que ha ido suficientes veces?

JOSEPH: En realidad nunca estoy seguro, pero en algún momento tengo que salir de la casa para no llegar tarde al trabajo. Esa es la razón por la que comencé a levantarme más temprano, para asegurarme de que pude usar el baño por el tiempo suficiente.

TERAPEUTA: ¿Y qué sucedería si fuera sólo una vez?

JOSEPH: Eso me pondría muy ansioso. No podría hacerlo.

TERAPEUTA: ¿Y qué emociones se presentan en el momento en que siente incertidumbre acerca de si ha ido o no las veces suficientes?

JOSEPH: Empiezo a sentirme ansioso.

TERAPEUTA: ¿Y qué hace cuando se siente ansioso?

JOSEPH: Voy otra vez.

TERAPEUTA: ¿Y eso lo hace sentirse menos ansioso, por lo menos en el corto plazo?

JOSEPH: Sí, me hace sentir que tengo control del asunto.

TERAPEUTA: Eso es a lo que nos referimos como una conducta impulsada por la emoción. Lo que sucede es que, cuando se permite usar el baño de nuevo en respuesta a la preocupación de que quizá no lo usó lo suficiente, eso le ayuda a sentirse mejor temporalmente y fortalece la relación: preocupación, ansiedad, usar el baño de nuevo. Es un concepto muy poderoso. ¿Qué hará entonces la próxima vez que se presente esta incertidumbre? Algo que usted sabe que lo hará sentir mejor. Usted aprendió que la ansiedad que experimenta como resultado de su incertidumbre respecto a si lidió con la situación lo suficiente para salir de casa puede aliviarse yendo al baño de nuevo, lo que pone en movimiento una especie de círculo. ¿Puede pensar en otros ejemplos de este tipo de relación entre la sensación de ansiedad o incertidumbre y realizar algún tipo de acción?

JOSEPH: Bueno, supongo que pasa algo similar cuando empiezo a preocuparme por haber olvidado apagar la estufa o por la posibilidad de haber dejado una vela encendida la noche anterior, y tengo que regresar y verificar.

TERAPEUTA: ¿Y puede describir lo que sucede justo antes de que regrese a verificar?

JOSEPH: Empiezo a sentir miedo. Tengo en la cabeza una imagen del apartamento en llamas y mis compañeros que siguen dormidos, luego empiezo a preocuparme por eso y a pensar qué pasaría si salgo al trabajo y me olvido de apagar la estufa y la cocina se incendia y termina por quemar el departamento y, peor aún, con mis compañeros todavía dentro.

TERAPEUTA: Ese es un pensamiento que provoca mucha ansiedad. ¿Qué siente físicamente en ese momento?

JOSEPH: No estoy seguro, pero probablemente me siento muy tenso y nervioso.

TERAPEUTA: ¿Y qué es lo que hace?
JOSEPH: Regreso a checar todo de nuevo.
TERAPEUTA: ¿Una vez o más de una vez?
JOSEPH: Reviso las cosas, luego empiezo a dudar de nuevo y vuelvo a checar otra vez.
TERAPEUTA: ¿Y qué siente la primera vez que verifica?
JOSEPH: Al principio me siento mejor.
TERAPEUTA: Entonces, igual que en el otro ejemplo, esta conducta de verificación impulsada por la emoción es reforzada cada vez que la lleva a cabo porque lo hace sentir mejor, al menos por cierto tiempo. Cuando usted siente esa ansiedad, se siente impulsado a realizar la verificación como una forma de aliviar o reaccionar ante la ansiedad. Pero esas conductas motivadas por la emoción no parecen funcionar porque los pensamientos de duda regresan y usted termina por llegar tarde al trabajo o tiene que perder sueño para hacerse tiempo para esas conductas. Y así como hablamos sobre las conductas de evitación, la cuestión parece empeorar, la duda y ansiedad que usted siente son tan fuertes que le parece que no podría tolerarlas sin realizarlas.

Lo que debemos hacer, justo igual a lo que hicimos con sus pensamientos, es empezar a romper esas asociaciones de modo que pueda aprender otras cosas acerca de la duda y la ansiedad que impulsan esas conductas, incluso que quizá puede tolerar esas emociones más de lo que piensa, sin involucrarse en las conductas motivadas por la emoción.

Este módulo concluye con la exposición de cómo contrarrestar los patrones de evitación y las conductas motivadas por la emoción enfocándose en conductas específicas y modificándolas. Las dos estrategias terapéuticas principales son (1) empezar a participar en actividades para provocar emociones que en la actualidad son evitadas y (2) contrarrestar las conductas motivadas por la emoción que sean desadaptadas desarrollando y realizando conductas diferentes o que se opongan a esas respuestas.

Módulo 6: Consciencia y tolerancia de las sensaciones físicas

En el módulo 6 se presenta la primera oportunidad de participar en una exposición que se enfoca en provocar sensaciones físicas que suelen disparar fuertes reacciones emocionales, y en empezar a construir en el paciente la consciencia de la contribución de las sensaciones físicas a las experiencias emocionales. Después de explicar la razón de provocar sensaciones físicas, terapeuta y paciente trabajan en una lista de ejercicios diseñados para provocar emoción por medio de la activación física, lo que se conoce como "ejercicios de inducción de síntomas". Algunos ejemplos incluyen hiperventilar, girar y correr en el lugar. También pueden agregarse algunos ejercicios que sean particularmente relevantes para el paciente. Antes de cada ejercicio el terapeuta lo demuestra y después de que el paciente lo realiza se le pide que califique en una escala de 0 **(En absoluto)** a 8 **(Mucho)**, la intensidad, malestar y semejanza con las sensaciones físicas que por lo general experimenta durante una emoción.

TERAPEUTA: De modo que hoy haremos una serie de ejercicios para inducir algunas de

las sensaciones físicas que suelen estar presentes cuando experimenta ansiedad, y veremos la intensidad, malestar y el parecido con las sensaciones que experimenta durante las emociones incómodas. El primer ejercicio que le voy a pedir que haga es el de hiperventilación. *(Después del ejercicio)* ¿Qué sensaciones advirtió?

JOSEPH: No me gustó nada.

TERAPEUTA: Entonces estaba pensando en las sensaciones y haciendo juicios sobre ellas, que no le gustaban. ¿Qué hay acerca de las sensaciones físicas en sí? ¿Puede describirlas?

JOSEPH: Mareo, aturdimiento, una sensación de irrealidad, como si estuviera desconectado.

TERAPEUTA: Muy bien. Si piensa en esas sensaciones ¿cómo calificaría su intensidad?

JOSEPH: Probablemente un 7.

TERAPEUTA: ¿Y qué me dice del malestar?

JOSEPH: También un 7.

TERAPEUTA: ¿y del parecido?

JOSEPH: Bueno, por lo general no me siento mareado cuando estoy ansioso, pero supongo que las sensaciones de aturdimiento e irrealidad son más parecidas, ¿tal vez un 5?

El terapeuta repite la exposición dos veces más y la última vez pide al paciente que preste particular atención a cualquier pensamiento que tenga sobre las sensaciones, sobre todo las valoraciones negativas, y a la forma en que esos pensamientos interactúan con la disminución o intensificación de las sensaciones físicas.

TERAPEUTA: ¿Cómo calificaría la intensidad esta vez?

JOSEPH: Probablemente un 5.

TERAPEUTA: ¿Y el malestar?

JOSEPH: Esta vez fue mucho mejor, tal vez sólo un 4.

TERAPEUTA: ¿Qué notó que fuera distinto en esta ocasión?

JOSEPH: Bueno, supongo que sabía qué esperar y no pensaba lo mismo que la primera vez. La primera vez pensaba todo el tiempo "No me gusta esto" y me preguntaba cuándo iba a terminar. Esta vez sólo lo acompañé.

TERAPEUTA: Interesante. Entonces, ¿la intensidad fue menor cuando sólo se enfocó en las sensaciones, sin juicios ni pensamientos negativos sobre ellas?

JOSEPH: Sí, definitivamente.

Luego de realizar todos los ejercicios elegidos, terapeuta y paciente eligen los ejercicios más relevantes que realizarán de manera regular la siguiente semana. Se pide al paciente que realice un ejercicio varias veces al día, hasta que disminuya el malestar asociado. Esta exposición repetida facilita el aprendizaje de la nueva información sobre la peligrosidad (o la no peligrosidad) de las sensaciones físicas y en el futuro puede ayudar a disminuir el malestar cuando se presenten síntomas físicos. En la figura 6-3 encontrará

un ejemplo del Formato de Prueba de Inducción de Síntomas.

Por favor, realice cada uno de los ejercicios (tal como se describen) abajo. Asegúrese de que se involucra plenamente en cada ejercicio y trate de producir un síntoma con una intensidad por lo menos moderada. Después del ejercicio por favor anote:

1. los síntomas físicos que experimentó
2. la **intensidad** de los síntomas (en una escala de 0 a 8 puntos; 0 = Intensidad nula, 8 = Intensidad extrema).
3. El nivel de **malestar** que experimentó durante la tarea (en una escala de 0 a 8 puntos; 0 = Ningún malestar, 8 = Malestar extremo)
4. El grado de **semejanza con los síntomas que se presentan de manera natural** (en una escala de 0 a 8 puntos; 0 = Ninguna semejanza, 8 = Extremadamente semejante)

Espere hasta que los síntomas hayan casi desaparecido antes de intentar el siguiente ejercicio. Use los otros espacios proporcionados para ser creativo e idear otros ejercicios que sean específicos para usted. Cuando lo haya hecho, elija tres de los ejercicios que le produjeron mayor ansiedad y ponga una estrella al lado de esos ejercicios.

Procedimiento	Síntomas experimentados	Intensidad	Malestar	Semejanza
Hiperventilación (60 segundos)				
Respirar a través de una pajilla (2 minutos)				
Girar mientras se está de pie (60 segundos)				
Correr en el lugar (60 segundos)				
Otro (____ segundos)				
Otro (____ segundos)				
Otro (____ segundos)				
Otro (____ segundos)				
Otro (____ segundos)				
Otro (____ segundos)				

Figura 6-3. Formato de Prueba de Inducción de Síntomas

Módulo 7: Exposiciones interoceptivas y situacionales a la emoción

Este módulo del tratamiento permite aplicar todas las habilidades aprendidas hasta ahora a situaciones, sucesos o actividades reales que desencadenan fuertes niveles de emociones que el paciente había evitado previamente. El terapeuta empieza explicando la lógica de las exposiciones a la emoción. Aunque este módulo suele ser el más difícil en el programa de tratamiento, es la mejor oportunidad para lograr cambios conductuales y emocionales duraderos. Las exposiciones a la emoción cumplen dos metas fundamentales: (1) modificar las interpretaciones y valoraciones sobre la peligrosidad de situaciones (internas o externas) y reemplazarlas por interpretaciones y valoraciones nuevas y más adaptadas; (2) revertir la evitación y daños relacionados, y reconocer y modificar las conductas motivadas por la emoción, para poder alcanzar la meta principal de extinguir las reacciones de angustia y ansiedad ante la experiencia de emociones intensas.

Además de las tareas que implican involucrarse en exposiciones a la emoción, una parte importante de este módulo es la práctica de las exposiciones a la emoción durante la sesión. Esto es crucial porque permite que el terapeuta desafíe al paciente durante la sesión para que participe en exposiciones más difíciles, lo que posibilita la observación del uso de cualquier estrategia de evitación o de conductas motivadas por la emoción de las que el paciente quizá no está al tanto. Las tareas particulares de exposición durante la sesión varían de un paciente a otro, y es importante que el terapeuta sea capaz de generar una serie de tareas diferentes en las cuales participar. Una vez que se identificó la tarea, el terapeuta puede discutir cualquier valoración automática ansiosa o negativa que ocurra y ayudar al paciente a considerar otras posibilidades. El terapeuta también debe recordar al paciente el uso de las habilidades de consciencia enfocada en el presente y tratar de impedir cualquier estrategia de evitación que pudiera interferir con la exposición. Al final de cada sesión, el terapeuta ayuda al paciente a elegir varias exposiciones a la emoción en las que puede trabajar fuera de la sesión.

En el caso de Joseph se diseñaron diferentes exposiciones dirigidas a diversas situaciones que le provocaban ansiedad. Los ejemplos incluían caminar de frente en una acera abarrotada, obligar a los peatones que vienen en dirección contraria a hacerse a un lado en lugar de hacerlo él; participar en un debate simulado con un desconocido y apegarse a su opinión; comer una pieza de fruta y montarse en el transporte público, y concentrar su atención en lo que sucede a su alrededor en lugar de atender a cualquier reacción física a la fruta (p. ej., gases, inflamación); ir a una fiesta y disculparse por ir al baño para poner a prueba algunas de sus valoraciones automáticas sobre lo que otros piensan de él; reducir de cinco a una el número de veces que usa el baño por la mañana; y reducir también el número de veces que verifica las estufas, velas, entre otros, antes de salir de casa.

Una exposición cercana a la posición más alta de la jerarquía de Joseph era hacer un largo viaje en auto con algunos amigos y conocidos para asistir a un concierto en una ciudad cercana. Esto le exigía enfrentar al mismo tiempo varios de sus temores. Primero,

tendría que afirmarse y preguntar a sus amigos si podía acompañarlos en el carro. Segundo, estaría viajando con un pequeño grupo de gente, incluyendo a algunas personas que no conocía bien, y tal vez tendría que participar en alguna conversación casual. Tercero, estaría encerrado en un pequeño espacio confinado sin ruta de escape fácil, lo que podría exacerbar sus síntomas de colon irritable.

TERAPEUTA: Esta es una enorme tarea de exposición para usted. Empecemos por el principio, cuando tuvo que preguntar a sus amigos si podía acompañarlos en el viaje. ¿Recuerda lo que estaba sintiendo justo antes de hacer la llamada?

JOSEPH: Me di cuenta de que me sentía tembloroso. Sentía mariposas en el estómago, mi cara estaba caliente y mi corazón latía de prisa.

TERAPEUTA: Muchas sensaciones físicas asociadas con la ansiedad. ¿En qué pensaba?

JOSEPH: Me preocupaba que mi amigo se molestara, que podría incomodarlo o que él podría molestarse porque tardé demasiado en pedírselo. También me di cuenta de que seguía postergando, buscando cosas en Internet, yendo a la tienda de la esquina a comprar un refresco, cosas como esas.

TERAPEUTA: ¡Bien! Entonces también advirtió algunas conductas. ¿Y qué sucedió cuando lo llamó? ¿Se hicieron realidad sus valoraciones anticipatorias?

JOSEPH: En absoluto, de hecho le alegró mucho que se lo pidiera. Dijo que esperaba que lo acompañara, esperaba algo así y estaba muy contento por ello.

TERAPEUTA: ¿Y qué tal el viaje en sí? ¿Cómo resultó?

JOSEPH: Bueno, luego de unos 10 minutos empecé a sentir algunos calambres en el estómago y pensé, "Oh no, aquí vamos". Luego recordé la exposición que hicimos con la fruta y decidí tratar de concentrarme en la música del estéreo, el paisaje que veía por la ventana, y las conversaciones que tenían lugar en el carro en lugar de enfocarme en mi estómago.

TERAPEUTA: ¿Eso lo ayudó?

JOSEPH: Bueno, el calambre seguía ahí, pero no me molestó demasiado porque no estaba concentrado sólo en eso.

TERAPEUTA: ¿Sintió algún impulso de usar el baño?

JOSEPH: En cierto punto lo sentí, y decidí probar lo que hablamos y ver si podía esperar y ver si se me pasaba, ¡y funcionó! Aunque en algún momento tuve que utilizar el baño.

TERAPEUTA: ¿Qué sucedió entonces?

JOSEPH: Le pregunté a mi amigo si podía detenerse en la siguiente parada.

TERAPEUTA: ¿Y cuál fue su reacción o la reacción de los otros pasajeros?

JOSEPH: ¡No fue gran cosa! A nadie pareció importarle, y de hecho creo que también querían detenerse, de modo que no tuvo mayor importancia. También me di cuenta de otra cosa. En el viaje de regreso en realidad no pensé en ello para nada, y mi barriga empezó a rugir, pero eso no me preocupó y seguí enfocado en lo que sucedía a mi alrededor. Ni siquiera fue un problema en el camino de regreso.

Las exposiciones permitieron que Joseph hiciera un gran progreso en relación con sus síntomas de ansiedad y manejo de los síntomas de colon irritable. Sin embargo, seguía con la creencia central de que era "indigno" y "desagradable", por lo que se diseñaron otras exposiciones dirigidas específicamente a esta creencia.

TERAPEUTA: Al parecer hizo un gran progreso en las últimas semanas, ¿estaría de acuerdo?

JOSEPH: Sí, definitivamente siento que puedo afrontar mejor mi ansiedad y las cosas parecen ir muy bien en el trabajo justo ahora, lo que ayuda. Los otros maestros han empezado a invitarme a salir con ellos después del trabajo a beber algo, algunas veces he ido y de hecho me he divertido mucho.

TERAPEUTA: Esas son muy buenas noticias. Una cosa interesante, es que a pesar de esos cambios, veo que en sus cuestionarios semanales sigue marcando algunos reactivos como "Siento desagrado por mí mismo" o "Me siento completamente indigno".

JOSEPH: Sí, todavía no creo ser una buena persona y me preocupa estar engañando a la gente o que salgan huyendo cuando descubran al "verdadero" yo.

TERAPEUTA: Me pregunto si podemos hacer algún trabajo de exposición sobre eso.

Con una técnica similar a la que se aprendió en el módulo 4, el terapeuta ayudó a Joseph a generar evidencia a favor y en contra de las afirmaciones de que sentía desagrado por sí mismo y que era una persona indigna. Pudo generar alguna evidencia en contra de esta creencia, por ejemplo, la gran cantidad de amigos y seguidores que asistieron a un concierto que había dado recientemente. Mediante el uso de ésta y otras evidencias, el terapeuta ayudó a Joseph a generar una lista de afirmaciones positivas sobre sí mismo.

TERAPEUTA: Entonces, ¿qué podría decir acerca de sus experiencias recientes en el concierto?

JOSEPH: No lo sé, "¿soy un buen músico?"

TERAPEUTA. Esa es una, pero quizá algo más objetivo y más creíble para usted, ¿se esfuerza mucho en su música?

JOSEPH: Eso es verdad. Y cuando toco a la gente parece gustarle.

TERAPEUTA: Entonces ¿trabaja duro en su música y entretiene a la gente con ella?

JOSEPH: Sí, eso es cierto. También soy un buen escucha.

TERAPEUTA: Cuénteme más sobre eso.

JOSEPH: Bueno, tengo un amigo que está pasando por un mal momento y en ocasiones me llama para hablar de eso. Usualmente soy muy bueno dejándolo hablar.

TERAPEUTA: ¿Entonces podemos agregar a la lista "Estoy dispuesto a escuchar a la gente" ¿Tal vez incluso "Soy un buen amigo"?

Una vez que el terapeuta y Joseph generaron una lista de afirmaciones que eran evidencia en contra de la creencia central de ser una persona indigna y desagradable, se le pidió que leyera en voz baja esas afirmaciones y que advirtiera sus reacciones ante ellas.

TERAPEUTA: ¿Cómo se sintió al leer esas afirmaciones?
JOSEPH: Raro. Me sentí muy incómodo. Me hizo sentir ansioso.
TERAPEUTA: ¿Puede describirme eso?
JOSEPH: Bueno, sentí esta especie extraña de "golpe" de temor y esta sensación en la boca del estómago, y advertí algunos pensamientos sarcásticos como "Eso no es verdad" o "Seguro lo eres".
TERAPEUTA: ¿De modo que decir cosas agradables de sí mismo le acarrea un sentimiento de temor y algunos pensamientos negativos sobre sí mismo?
JOSEPH: Sí, supongo que también me siento vulnerable, como si bajara la guardia.
TERAPEUTA: Esa es una observación muy interesante. De modo que decir algo positivo de sí mismo lo deja sintiéndose un poco vulnerable ¿expuesto tal vez? ¿Puede que para usted sea un sentimiento menos familiar que la autocrítica?
JOSEPH: Definitivamente. El miedo es como entrar a un territorio desconocido, digamos que es como si no supiera lo que puede atacarme.
TERAPEUTA: ¡Tal vez algo así! Mientras que los pensamientos negativos le resultan más familiares y en cierto sentido menos atemorizantes. ¿Qué tal si repetimos unas cuantas veces las afirmaciones para que resulten algo menos novedosas y poco familiares? *(Después de que Joseph vuelve a leer dos veces más las afirmaciones)* ¿Qué le pareció esta vez?
JOSEPH: Bueno, resulto más sencillo, no tan desconocido. Pero supongo que todavía un poco raro.
TERAPEUTA: Bien. Entonces ¿podríamos decir que, al parecer, exponerse repetidamente a esas afirmaciones tiene un efecto similar al de los otros ejercicios de exposición que hemos hecho? ¿Un poco más sencillo y menos extraño cada vez?
JOSEPH: Sí, supongo que cada vez resulta un poco más fácil.
TERAPEUTA: ¿Qué le parece si esta semana continuamos con esta exposición y cada día generamos algunas afirmaciones más para que las lea en voz alta para sí?
JOSEPH: Podemos intentarlo.

En sesiones futuras el terapeuta analiza si el paciente necesita continuar con las exposiciones emocionales. Si decide que le resultan benéficas pueden continuarlas tanto en la sesión como en las tareas. Además, el terapeuta puede enfocarse en cualquier situación o reacciones emocionales ocurridas durante la semana anterior que puedan procesarse en la sesión. Durante ésta se analiza qué factores obstaculizaron completar la exposición y las reacciones a la misma.

Módulo 8: Logros, mantenimiento y prevención de recaídas

En la última sesión el terapeuta revisa tanto los principales conceptos que se presentaron durante el tratamiento como el progreso del paciente. Revisa el modelo de tres componentes de las emociones, concentrándose en la revaloración, la prevención de la evitación emocional y la modificación de las conductas motivadas por la emoción. Se

pregunta al paciente cuál es su impresión del progreso hecho en el curso del tratamiento y el terapeuta puede destacar las áreas en que se mejoró y las que necesitan que siga la práctica. También deben analizarse las razones para la falta de mejoría (p. ej., un error inicial en el diagnóstico, la no comprensión de los principios del tratamiento, metas poco realistas y falta de motivación). El terapeuta explica luego la inevitabilidad de futuros estresores y la posible reaparición de los síntomas, por lo que se alienta la continuación de exposiciones informales a la emoción y el uso de las habilidades aprendidas. El terapeuta puede además ayudar al paciente a mantener el compromiso con el tratamiento estableciendo metas a largo plazo para él.

RESULTADO Y CONCLUSIÓN

Los síntomas de Joseph fueron evaluados antes y después del tratamiento utilizando una batería de cuestionarios de autorreporte, como se describió antes. Durante el tratamiento, la puntuación de Joseph en la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (SIAS) disminuyó de 51 antes a 26 después del tratamiento. Su puntuación en el Inventario de Depresión de Beck-II disminuyó de 49 antes del tratamiento a 11 después del mismo. Su puntuación en el Cuestionario de Preocupación de la Universidad Estatal de Pensilvania (PSWQ) se redujo de 80 a 35. A nivel funcional, Joseph pudo cumplir muchas de las metas de su tratamiento en el curso del mismo. Por ejemplo, pudo encontrar un empleo que disfrutaba profundamente y que coincidía con sus metas laborales. Aumentó significativamente sus interacciones sociales y empezó a participar en actividades, como tocar en conciertos locales, todo lo cual aumentó considerablemente su autoestima y sentido de valía personal. Adquirió control de sus síntomas de colon irritable y dejó de practicar conductas de evitación relacionadas con ellos. Al concluir la terapia Joseph dijo que se sentía "como una persona totalmente distinta", que era mucho más positivo y que sentía más confianza en su apariencia y su presentación. Aunque Joseph no fue parte del programa de investigación y, por consiguiente, no participó en una entrevista clínica independiente posterior al tratamiento, su terapeuta (K. K. E.) estimó que su puntuación de severidad calculada por el clínico para los diagnósticos de fobia social y del trastorno de ansiedad generalizada había disminuido a 3 (un nivel subclínico), el diagnóstico del trastorno de depresión mayor estaba en remisión parcial con una puntuación de severidad calculada por el clínico de 2, y aunque había mejorado en muchos de los síntomas relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo, el diagnóstico de dicho trastorno ameritaba una puntuación de severidad calculada por el clínico de 4 (justo por arriba de la severidad clínica).

Ocho meses después de terminar el tratamiento Joseph regresó al centro para una evaluación de seguimiento en la que volvieron a aplicarse el Programa de entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad y los cuestionarios de autorreporte. En el seguimiento, las puntuaciones de los síntomas reportadas por Joseph habían aumentado ligeramente respecto al postratamiento.

Avaló puntuaciones un poco más altas en la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social, en particular en los reactivos relacionados con saludar a desconocidos o encontrarse con ellos en la calle, con una puntuación total de 37 en el seguimiento. Sus puntuaciones en el Cuestionario de Preocupación de la Universidad Estatal de Pensilvania aumentaron un poco, de 35 a 40. Un hecho notable fue que la puntuación de Joseph en el Inventario de Depresión de Beck se elevó de 11 en el postratamiento a 35 en el seguimiento, lo que sugería una recaída de los síntomas depresivos. En particular, Joseph indicó aumentos en los sentimientos pesimistas sobre el futuro, sentimientos de culpa, fatiga y alteración del sueño. En el momento de su entrevista de seguimiento, Joseph dijo que recientemente había pasado por una ruptura con su novia al inicio de las fiestas navideñas y atribuía su bajo estado de ánimo a la ruptura y al clima invernal. Sin

embargo, sin otros datos de seguimiento no queda claro si el incremento en los síntomas depresivos puede atribuirse a esas variables situacionales o si representa una recaída en su depresión. A pesar de esos incrementos en el seguimiento, Joseph mostró una disminución en las puntuaciones en la Escala de Ajuste Laboral y Social (WSAS) del pretratamiento al seguimiento (de 34, **Interferencia severa**, a 21, **Interferencia moderada**), lo que indica que a pesar de que sus síntomas hubieran regresado en cierto grado, pudo manejar mucho mejor la interferencia que estos causaban. Sin embargo, Joseph no completó la Escala de Ajuste Laboral y Social en el postratamiento, por lo que no queda claro cuál fue exactamente la trayectoria de cambio en este instrumento.

Las puntuaciones clínicas que usan el Programa de Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad parecían coincidir en gran medida con el autorreporte de Joseph. Entre el postratamiento y el seguimiento el paciente experimentó un ligero empeoramiento en sus trastornos de ansiedad generalizada y de depresión mayor, recibiendo puntuaciones de severidad calculadas por el clínico de 4 y 5, respectivamente. Pudo mantener las ganancias de su tratamiento para los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo, que de nuevo recibieron una puntuación de severidad calculada por el clínico de 4. Notablemente, la fobia social del paciente recibió una puntuación de severidad calculada por el clínico de 2, lo que sugería que pudo mantener e incluso mejorar las ganancias logradas en el tratamiento; aunque todavía indicaba cierto temor y ansiedad relacionados con las situaciones sociales, la interferencia y la angustia relacionadas con esos temores ya no fueron respaldadas a un nivel clínico.

REFERENCIAS

Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, M. K., Gorman, J. M., & Woods, S. W. (2010). Cognitive-behavior therapy (CBT) for panic disorder: Relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*(2), 185–192.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Andrews, G. (1990). Classification of neurotic disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine, 83*(10), 606–607.

Andrews, G. (1996). Current controversies in the anxiety disorders. In R. M. Rapee (Ed.), *Comorbidity in neurotic disorders: The similarities are more important than the difference* (pp. 3–20). New York: Guilford Press.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.

Barlow, D. H. (1991). Disorders of emotion. *Psychological Inquiry, 2*, 58–71.

Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist, 55*(11), 1247–1263.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and the way forward. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 1–27.

Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Client workbook for anxiety and panic* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 283*, 2529–2536.

Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S. E., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (in press). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*.

Beck, A. T. (1967). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Carl, J. R., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). *Development and validation of an Overall Depression Severity and Impairment Scale*. Manuscript submitted for publication.

Boelen, P. A., Vrinssen, I., & van Tulder, F. (2010). Intolerance of uncertainty in adolescents: Correlations with worry, social anxiety, and depression. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 194–200.

Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment, and treatment* (pp. 5–34). New York: Wiley.

Borkovec, T. D., Hazlett-Stevens, H., & Diaz, M. L. (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6*, 126–138.

Boswell, J. F., Thompson-Holland, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). The intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology, 69*, 630–645.

Bouton, M. E. (2005). Behavior systems and the contextual control of anxiety, fear, and panic. In L. Feldman Barrett, P. M. Niedenthal, & P. Winkielman (Eds.), *Emotion and consciousness* (pp. 205–227). New York: Guilford Press.

Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review, 108*, 4–32.

Brown, T. A. (2007). Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-

IV anxiety and mood disorder constructs. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 313–328.
Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 408–418.
Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 754–765.
Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2002). Classification of anxiety and mood disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed., pp. 292–327). New York: Guilford Press.
Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment, 21*, 256–271.
Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 49–58.
Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 179–192.
Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (2014). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-5*. New York: Oxford University Press.
Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 49–58.
Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006a). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion, 6*, 587–595.
Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006b). Effects of suppression and acceptance on emotional responses in individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1251– 1263.
Campbell-Sills, L., Liverant, G. I., & Brown, T. A. (2004). Psychometric evaluation of the behavioral inhibition/behavioral activation scales in a large sample of outpatients with anxiety and mood disorders. *Psychological Assessment, 16*(3), 244–254.
Campbell-Sills, L., Norman, S. B., Craske, M. G., Sullivan, G., Lang, A. J., Chavira, D. A. (2009). Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders, 112*(1-3), 92–101.
Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., & Harrington, H. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science, 301*, 386–389.
Chorpita, B. F., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1998). The structure of negative emotions in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 107*, 74–85.
Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin, 124*, 3–21.
Clark, D. A. (2012). The English Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) program: History and progress. In R. K. McHugh & D. H. Barlow (Eds.), *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions* (pp. 61–77). New York: Oxford University Press.
Clark, L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 505–521.
Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 103– 116.
Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
Craske, M. G., Rowe, M., Lewin, M., & Noriega-Dimitri, R. (1997). Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Clinical*

Psychology, 36, 85–99.
Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., & Addis, M. E. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 658–670.
Di Nardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. Albany, NY: Graywind.
Drabant, E. M., Ramel, W., Edge, M. D., Hyde, L. W., Kuo, J. R., Goldin, P. R. (2012). Neural mechanisms underlying 5-HTTLPR-related sensitivity to acute stress. *American Journal of Psychiatry, 169*, 397–405.
Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., & Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A new measure. *Psychopharmacology Bulletin, 29*(2), 321–326.
Eysenck, H. J. (1947). *Dimension of personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders—Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessment post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 6*(4), 459–473.
Foa, E. B., & Tolin, D. F. (2000). Comparison of the PTSD Symptom Scale—Interview Version and the ClinicianAdministered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 181–191.
Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., & Hill, C. L. (1989). The Yale– Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry, 46*(11), 1006–1011.
Hafner, J., & Marks, I. M. (1976). Exposure *in vivo* of agoraphobics: Contributions of diazepam, group exposure, and anxiety evocation. *Psychological Medicine, 6*, 71–88.
Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology, 32*, 50–55.
Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 23*, 56–62.
Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., & Schneier, F. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine, 29*(1), 199–212.
Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, R., Holt, C. S., & Welkowitz, L. A. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry, 55*(12), 1133–1141.
Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1568–1578.
Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 747–755.
Izard, C. E. (1971). *The face of emotion*. New York: AppletonCentury-Crofts.
Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 255–270.
Kendler, K. S. (1996). Major depression and generalized anxiety disorder: Same genes, (partly) different environments—revisited. *British Journal of Psychiatry, 30*(Suppl.), 68–75.
Kendler, K. S., Walters, E. E., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1995). The structure of genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Archives of General Psychiatry, 52*, 374–382.
Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Lui, J., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSMIII-R major depressive disorder in the general population: Results from the National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry, 168*, 17–30.
Keyes, C. L., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the

Mental Health Continuum—Short Form (MHC-SF) in Setswanaspeaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 15*(3), 181–192.
Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health?: Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 539– 548.
Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry, 76*, 395–402.
Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health ContinuumShort Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology, 67*(1), 99–110.
Lee, J. K., Orsillo, S. M., Roemer, L., & Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: Exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Behaviour Therapy, 39*, 126–136.
Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry, 22*, 141–173.
Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., & Holt, C. S. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Longterm outcome. *Depression and Anxiety, 10*(3), 89–98.
Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H., & Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 1201–1209.
Lonsdorf, T. B., Golkar, A., Lindstöm, K. M., Fransson, P., Schalling, M., & Ohman, A. (2011). 5-HTTLPR and COMTval158met genotype gate amygdala reactivity and habituation. *Biological Psychology, 87*, 106–112.
Margraf, J., Taylor, C. B., Ehlers, A., Roth, W. T., & Agras, W. S. (1987). Panic attacks in the natural environment. *Journal of Nervous and Mental Disease, 175*, 558–565.
Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and vali-dation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 455–470.
McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (Eds.). (2012). *Dissemination and implementation of evidence-baed psychological interventions*. New York: Oxford University Press.
Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D.
M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1281–1310.
Merikangas, K. R., Zhang, H., & Aveneoli, S. (2003). Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study. *Archives of General Psychiatry, 60*, 993–1000.
Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 487–495.
Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
Montag, C., Fiebach, C. J., Kirsch, P., & Reuter, M. (2011). Interation of 5-HTTLPR and a variation on the oxytocin recepter gene influences negative emotionality. *Biological Psychiatry, 69*, 601–603.
Munafò, M. R., Brown, S. M., & Hariri, A. R. (2008). Seratonin transporter (5-HTTLPR) genotype and amygdala activation: A meta-analysis. *Biological Psychiatry, 63*, 852–857.
Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.). (2007). *A guide to treatments that work* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
Norman, S. B., Cissell, S. H., Means-Christensen, A. J., & Stein, M. B. (2006). Development and validation of an Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Depression and Anxiety, 23*(4), 245–249.
Pezawas, L., Meyer-Lindenberg, A., Drabant, E. M., Verchinski, B. A., Munoz, K. E., & Kolachana, B. S. (2005). 5-HTTLPR polymorphism impacts human cingulate-amygdala interactions: A genetic susceptibility mechanism for depression. *Nature Neuroscience, 8*(6), 828–834.
Raffa, S. D., Stoddard, J. A., White, K. S., Barlow, D. H., Gorman, J. M., & Shear, M. K. (2008). Relapse following combined-treatment discontinuation in a placebocontrolled trial for panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(7), 548–555.

Rapee, R. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1990). Subject described features of panic attacks using a new selfmonitoring form. *Journal of Anxiety Disorders, 4*, 171– 181.

Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., & Stein, M. B. (2006). Panic disorder. *Lancet, 368*, 1023–1032.

Rutter, M., Moffit, T. E., & Caspi, A. (2006). Gene– environment interplay and psychopathology: Multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 226–261.

Ruzek, J. I., Karlin, B. E., & Zeiss, A. (2012). Implementation of evidence-based psychological treatments in the Veterans Health Administration. In R. K. McHugh & D.H. Barlow (Eds.), *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions* (pp. 78–96). New York: Oxford University Press.

Safren, S. A., Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Factor structure of social fears: The Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 13*(3), 253–270.

Sauer-Zavala, S. E., & Barlow, D. H. (2013). *The case for borderline personality disorder as an emotional disorder: Implications for treatment*. Manuscript submitted for publication.

Shear, K., Belnap, B. H., Mazumdar, S., Houck, P., & Rollman, B. L. (2006). Generalized anxiety disorder severity scale (GADSS): A preliminary validation study. *Depression and Anxiety, 23*(2), 77–82.

Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., & Woods, S. W. (1997). Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry, 154*, 1571–1575.

Shear, M. K., Vander Bilt, J., & Rucci, P. (2001). Reliability and validity of a Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (SIGH-A). *Depression and Anxiety, 13*, 166–178.

Stein, M. B., Campbell-Sills, L., & Gelernter, J. (2009). Genetic variation in 5HTTLPR is associated with emotional resilience. *Neuropsychiatric Genetics, 150B*, 900–906.

Storch, E. A., Larson, M. J., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2010). Psychometric analysis of the Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale Second Edition Symptom Checklist. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 650–656.

Suárez, L., Bennett, S. M., Goldstein, C., & Barlow, D. H. (2009). Understanding anxiety disorders from a "triple vulnerability" framework. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Handbook of anxiety and the anxiety disorders* (pp. 153–172). New York: Oxford University Press.

Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. (2002). Effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behavior Therapy, 33*, 493–509.

Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2005). Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 959–970.

Tull, M. T., & Roemer, L. (2007). Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 378–391.

Tyrer, P. J. (1989). *Classification of neurosis*. Chichester, UK: Wiley.

Tyrer, P. J., Seivewright, N., Murphys, S., Ferguson, B., Kingdon, D., & Barczak, B. (1998). The Nottingham study of neurotic disorder: Comparison of drug and psychological treatments. *Lancet, 2*, 235–240.

Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 522–536.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063–1070.

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., III, & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(1), 5–13.

Weinberg, A., & Hajcak, G. (2010). Electrocortical evidence for vigilance–avoidance in generalized anxiety disorder. *Psychophysiology, 48*(6), 1–10.

Weiser, M., Pauli, P., Weyers, P., Alpers, G., & Mühlberger, A. (2009). Fear of negative evaluation and the hypervigilance–avoidance hypothesis: An eye-tracking study. *Journal of Neural Transmission, 116*, 717–723.

Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2009). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*(2), 110–119.

Westra, H. A., Arkowitz, H., & Dozois, D. J. A. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 1106–1117.

Westra, H. A., & Dozois, D. J. A. (2006). Preparing clients for cognitive behavioural therapy: A randomized pilot study of motivational interviewing for anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 30*, 481–498.
Williams, J. B. (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of General Psychiatry, 45*, 742–747.

Capítulo 7

Terapia cognitiva para la depresión

Jeffrey E. Young • Jayne L. Rygh • Arthur D. Weinberger •Aaron T. Beck

Uno de los mayores logros en el campo de las aproximaciones psicológicas a los problemas emocionales ha sido el éxito de la terapia cognitiva para la depresión. La evidencia que muestra la eficacia de este enfoque se ha mantenido estable a lo largo de los años, sobre todo en relación con el resultado a largo plazo. La terapia cognitiva, que emplea técnicas cognitivas y conductuales bien delimitadas, se distingue también por la estructura detallada de cada sesión, cada una con su agenda específica, y por el estilo terapéutico de interacción con el paciente, deliberado y evidentemente efectivo, por medio de una serie de preguntas (estilo socrático). Por otro lado, los autores hacen hincapié en la importancia de la relación colaborativa entre terapeuta y paciente, describen técnicas específicas para alcanzar la colaboración necesaria y se conviertan en un equipo de investigación. En este capítulo, los autores no sólo exponen la terapia cognitiva tradicional, sino también una ampliación de la misma que se conoce como terapia centrada en los esquemas. Este método se concentra en la identificación y modificación de esquemas "centrales" o desadaptados que se desarrollaron en la niñez de los pacientes severamente deprimidos y resistentes al tratamiento, que a menudo presentan también trastornos de personalidad comórbidos que los hacen vulnerables a las recaídas. La explicación detallada de este tratamiento ampliado resultará invaluable para los terapeutas cognitivos experimentados y para quienes empiezan a conocer la terapia cognitiva para la depresión. Estos enfoques son ilustrados con dos casos de gran interés, el de Denis que recibió terapia cognitiva tradicional, y el de Barbara, quien fue tratada con la terapia centrada en los esquemas. D. H. B.

Depresión y surgimiento de la terapia cognitiva

La depresión es uno de los trastornos más comunes con que se encuentran los profesionales de la salud mental. La investigación hecha por la Repetición de la Encuesta Nacional de Comorbilidad en EUA (NCS-R; 2005), los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, 2010) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), así como los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH; 2006) indican lo siguiente:

- En EUA se estima que la prevalencia del trastorno depresivo mayor permanente es de 29.9% (Kessler, Petukhova, Zaslavsky y Wittchen, 2012).
- En EUA se estima que la prevalencia del trastorno depresivo mayor durante 12 meses es de 8.6% (Kessler *et al.,* 2012).
- Entre países y culturas, las estimaciones de prevalencia permanente del trastorno depresivo mayor son de 14.6% en países de altos ingresos y de 11.1% en países con ingresos bajos a medios; las estimaciones de prevalencia durante 12 meses son de 5.5% en países de altos ingresos y de 5.6% en los de bajos a medios (Bromet *et al.,* 2011).
- En EUA, la asociación entre los episodios de depresión mayor y la dependencia o abuso de drogas en los adultos de 18 años o más (21.5%) y en jóvenes de 12 a 17 años (18.9%) es mayor que entre las personas que no presentan esos episodios (8.2 y 6.7% respectivamente) (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration* [SAMHSA], 2008).
- La depresión aumenta el riesgo de sufrir infartos y es más común en personas con enfermedades crónicas como obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, asma y artritis (NIMH, 2006; Strine *et al.,* 2008; Chapman, Perry y Strine, 2005).
- En EUA, el trastorno depresivo mayor se asocia cada año con la pérdida de 27.2 días laborales y el trastorno bipolar (I o II) con 65.5 días laborales por cada trabajador enfermo (Kessler *et al.,* 2006).
- En EUA, el trastorno depresivo mayor es la causa principal de discapacidad en las edades de 15 a 44 años (NIMH, 2006) y contribuye en forma importante a la carga global de la enfermedad (OMS, 2004).

La gravedad del problema se hace evidente en el alto riesgo de recaída (Scott, 2000), el uso elevado de recursos (Howland, 1993) y la pérdida de capital humano (Berndt *et al.,* 2000). La OMS (2004) anticipa que para 2030 la depresión se encontrará entre las tres causas principales del número total de años de vida perdidos por enfermedad, incapacidad o muerte prematura. Según indican esos reportes, la depresión es generalizada, debilitante, costosa y potencialmente devastadora.

Por muchos que sean los datos, estos no pueden captar o comunicar de modo adecuado el dolor y sufrimiento que padecen las personas deprimidas. Mucha gente

deprimida no recibe ayuda profesional (Frank y Thase, 1999; Jarrett, 1995; Wang *et al.,* 2005), y si bien en la década anterior aumentó la cantidad de personas que buscaba ayuda, el tratamiento insuficiente sigue siendo un grave problema (Olfson *et al.,* 2002; Wang *et al.,* 2005). Entre los obstáculos que dificultan la obtención de servicios de salud mental apropiados y oportunos se encuentran el costo y, o la falta de cobertura suficiente por las compañías de seguros médicos, las preocupaciones relacionadas con la confidencialidad, el estigma social continuo y la falta de información respecto dónde acudir y qué tipo de servicios solicitar (SAMHSA, 2008). Obtener el tipo correcto de ayuda puede ser abrumador, sobre todo para quienes ya sufrieron algún daño. La siguiente cita conserva hoy su relevancia:

Los estadounidenses que requieren tratamiento para los síntomas depresivos deben decidir dónde buscar qué tratamiento y de qué tipo de profesional. El clínico debe seleccionar un tratamiento somático, psicológico, o una combinación de ellos, con determinadas dosis y, o programa de citas… Durante el tratamiento el paciente decide en qué medida cumplirá las recomendaciones, durante cuánto tiempo, contra costos económicos, prácticos, físicos y emocionales, reconocidos y no reconocidos… Tristemente, en esta decisión influyen la falta de información y el estigma social que todavía se asocia con las enfermedades y tratamientos psiquiátricos. Al mismo tiempo, la decisión ocurre en un ambiente de debate social, político y económico, y de tensión entre quienes deciden las políticas, terceros encargados del pago y clínicos, así como entre diferentes tipos de gremios profesionales (Jarrett, 1995, p. 435).

Cuando se brinda atención, ésta suele ser inadecuada o mínimamente adecuada (Wang *et al.,* 2005). La adopción de tratamientos con base en la evidencia no se ha generalizado en la práctica clínica (Stirman *et al.,* en prensa), lo que refleja una crisis de salud pública (Keller y Boland, 1998). Sigue siendo fundamental la necesidad de ofrecer tratamientos con rapidez y eficacia probada.

Uno de los desarrollos más importantes en el tratamiento de la depresión ha sido el surgimiento de la terapia cognitiva, la cual se ha ampliado en forma exponencial desde que Beck publicó en 1979 un detallado manual para el tratamiento de este trastorno (Beck, 1967, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). El trabajo de Beck y colaboradores dio lugar a un cambio de paradigma dentro de la psicoterapia (Salkowskis, 1996). La terapia cognitiva recibió una enorme atención de los profesionales gracias a que Beck propuso hipótesis y protocolos clínicos que podían ponerse a prueba, (Hollon, 1998; McGinn y Young, 1996; Rehm, 1990). De todos los métodos de tratamiento cognitivo-conductuales para la depresión, el paradigma de Beck (Beck, 1967; Beck *et al.,* 1979) es el que ha sido sometido a más estudios empíricos, de validación y aplicación clínica (Barlow y Hofmann, 1997; de Oliveira, 1998; Dobson y Pusch, 1993; Hollon, 1998; Hollon, Thase y Markowitz, 2002; Jarnett y Thase, 2010; Rehm, 1990; Roberts y Hartlage, 1996; Scott, 1996a). La terapia cognitiva se ha convertido en el tratamiento de elección para muchos trastornos (Clark y Beck, 2010; Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington y Gyulai, 2002).

Existen muchos libros excelentes para los profesionales que enseñan procedimientos de

terapia cognitiva (p. ej., J. S. Beck, 2011), así como libros de trabajo y, o guías para los pacientes (p. ej., Gibson, Freeman, Yates y Freeman, 2009; Leahy, 2010; Wright y McCray, 2011).

Sin embargo, junto con esta atención llegó la confusión sobre lo que en realidad significa el término **terapia cognitiva.** Las estrategias terapéuticas que se emplean en los tratamientos "cognitivos" pueden diferir en muchas formas entre sí y respecto con los prescritos por Beck y colaboradores (1979) en su manual de terapias cognitivas para la depresión. Por lo tanto, el lector debe estar consciente de que el término **terapia cognitiva** no necesariamente implica uniformidad en los procedimientos. La terapia descrita por Beck y colaboradores involucra el uso de técnicas cognitivas y conductuales, por lo que la etiqueta **cognitivo-conductual** es correcta; sin embargo, en algunas publicaciones se han empleado ambos términos para describir los procedimientos de Beck y colaboradores, y algunos de esos artículos usan el término terapia cognitiva (Sacco Beck, 1995; p. 345).

Investigación sobre el tratamiento de la fase aguda

La investigación de resultados ha encontrado en numerosos ensayos controlados que la terapia cognitiva es efectiva en poblaciones clínicas (consulte la revisión de Beck y Alford, 2009; Hollon y Shelton, 2001). Aunque algunos estudios iniciales (Blackburn, Bishop, Glen, Whalley y Christie, 1981; Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1977) sugerían la superioridad de la terapia cognitiva sobre la farmacológica al concluir el tratamiento para la depresión, Meterissian y Bradwejn (1989) advirtieron que era común que las intervenciones psicofarmacológicas se llevaran a cabo de manera inadecuada. Cuando las intervenciones eran adecuadas, el resultado solía demostrar que la eficacia de la terapia cognitiva era equivalente a la de los medicamentos antidepresivos, incluyendo los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), en el tratamiento de pacientes ambulatorios con depresión no bipolar (DeRubeis *et al.,* 2005; Hollon *et al.,* 1992; Murphy, Simmons, Wetzel y Lustman, 1984), y a la de un inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO) en el tratamiento de pacientes con depresión atípica (Jarrett *et al.,* 1999). Aunque muchos estudios no incluyeron condiciones con placebo, los estudios de Jarrett y colaboradores y de DeRubeis y colaboradores (2005) encontraron que los tratamientos con las sustancias activas eran superiores a los placebos. En un metaanálisis hecho por DeRubeis, Gelfand, Tang y Simmons (1999) del resultado del tratamiento en cuatro estudios con pacientes ambulatorios gravemente deprimidos, la terapia cognitiva fue equivalente a los medicamentos antidepresivos (imipramina o nortriptilina). Un estudio de Bhar y colaboradores (2008) encontró que la terapia cognitivo-conductual y la farmacoterapia (paroxetina) producían trayectorias similares de cambio en los síntomas cognitivos y vegetativos de la depresión mayor durante las 16 semanas de tratamiento.

Sólo dos estudios que incluyeron un placebo encontraron que la terapia cognitiva era menos eficaz que la intervención psicofarmacológica. El primero fue el Proyecto de Investigación Colaborativa para el Tratamiento de la Depresión (TDCRP) del Instituto

Nacional de Salud Mental, en adultos con depresión de moderada a severa. El segundo fue un Estudio de Tratamiento para Adolescentes con Depresión (TADS) para la reducción de los síntomas depresivos en adolescentes.

El Proyecto de Investigación Colaborativa para el Tratamiento de la Depresión del Instituto Nacional de Salud Mental fue el primer estudio importante que incluyó una condición con placebo. Los resultados iniciales de dicho estudio (Elkin *et al.,* 1989) sugerían tasas menores de mejoría con la terapia cognitivo-conductual a las propuestas por estudios anteriores. También parecía que en el caso de grupos de pacientes gravemente deprimidos, la psicoterapia interpersonal y los antidepresivos superaban a la terapia cognitivo-conductual. Debido a su gran visibilidad y prestigio, el Proyecto de Investigación Colaborativa para el Tratamiento de la Depresión del Instituto Nacional de Salud Mental generó mucho debate (Hollon, DeRubeis y Evans, 1996; Wolpe, 1993) porque parecía indicar que en los estudios anteriores se habían sobreestimado los beneficios de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la fase aguda. Sin embargo, en un examen posterior de los datos, Elkin, Gibbons, Shea y Shaw (1996) reconocieron la observación de Jacobson y Hollon (1996) de que los resultados variaban entre los sitios y que la terapia cognitiva funcionaba tan bien como los medicamentos en uno de los tres sitios con pacientes gravemente deprimidos. Jacobson y Hollon advirtieron que los mejores resultados fueron obtenidos en el sitio con terapeutas más experimentados; de ahí que Hollon y colaboradores (2002, p. 62) "sospecharan que la explicación no era que la terapia cognitiva no fuese eficaz con esos pacientes, sino que la experiencia del terapeuta supone una gran diferencia cuando la depresión es más difícil de tratar". Además, un estudio de Albon y Jones (2003) planteó la cuestión de la distintividad de los dos tipos de psicoterapia en el Proyecto de Investigación Colaborativa para el Tratamiento de la Depresión. Albon y Jones, terapeutas experimentados en la terapia cognitivo-conductual y en la psicoterapia interpersonal respectivamente, desarrollaron prototipos de los regímenes ideales de sus respectivos tratamientos; esos prototipos expertos se compararon luego con las transcripciones de las sesiones de tratamiento del Proyecto de Investigación Colaborativa para el Tratamiento de la Depresión. Albon y Jones encontraron que tanto las sesiones con terapia cognitivo-conductual como las correspondientes a la psicoterapia interpersonal se ajustaban más al prototipo cognitivo-conductual y que la mayor adhesión a ese prototipo producía más correlaciones positivas con las medidas de resultados en ambos tratamientos.

Quizá esa fue la razón por la que Quilty, McBride y Bagby (2008) encontraron resultados equivalentes entre la psicoterapia interpersonal, cognitivo-conductual y farmacoterapia y por la que Peeters y colaboradores (2013) encontraron tasas similares de remisión en la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia interpersonal y en la combinación de ambos tratamientos con medicamentos. De igual modo, Luty y colaboradores (2007) encontraron que, si bien la psicoterapia interpersonal y la terapia cognitivo-conductual eran igualmente eficaces en lo general, en el caso de la depresión severa era más eficaz la terapia cognitivo-conductual (lo que contrasta con el Proyecto de Investigación Colaborativa para el Tratamiento de la Depresión del Instituto Nacional de

Salud Mental).

En un análisis más detallado de la misma base de datos empleada en el estudio de Luty y colaboradores (2007), Joyce y colaboradores (2007) encontraron que la comorbilidad de trastornos de personalidad y de depresión mayor tenía un efecto adverso en la respuesta al tratamiento en el caso de la psicoterapia interpersonal, pero no en la terapia cognitivo-conductual. Bellino, Zizza, Rinaldi y Bogetto (2007) encontraron que la psicoterapia interpersonal y la terapia cognitivo-conductual (cada una combinada con fluoxetina) eran igualmente efectivas en el tratamiento de la depresión en pacientes con trastornos límite de la personalidad y depresión mayor. Fournier y colaboradores (2008) encontraron que con 16 semanas de tratamiento, la terapia cognitivo-conductual era más eficaz que el medicamento (paroxetina) para reducir la depresión en pacientes con depresión de moderada a severa y sin trastorno de personalidad, pero su eficacia era menor en pacientes con trastorno de personalidad. Este estudio no incluyó a pacientes con trastornos de personalidad límite, esquizotípica o antisocial. Aún no está clara la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (sola o combinada con el tratamiento psicofarmacológico) para trastornos coexistentes de depresión mayor y de la personalidad.

Algunos autores sostienen que las principales psicoterapias son esencialmente equivalentes en su efectividad sin importar el trastorno estudiado. Para probar esta hipótesis, un metaanálisis reciente examinó si la terapia cognitivo-conductual era superior a otras formas de psicoterapia en el tratamiento de diversos trastornos (Tolin, 2000). Tanto en el postratamiento como en el seguimiento, los resultados demostraron que **en todos los trastornos incluidos en el estudio,** la terapia cognitivo-conductual fue superior a la terapia psicodinámica, pero no a las terapias interpersonal o de apoyo. Si embargo, el análisis encontró que la terapia cognitivo-conductual era significativamente mejor que las terapias alternativas **para los trastornos depresivos y ansiedad**. Tolin (2010) concluyó que "esos resultados refutan afirmaciones anteriores de la equivalencia de los tratamientos y sugieren que la terapia cognitivo-conductual debe considerarse el tratamiento psicosocial de elección, por lo menos para pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad" (p. 710).

El Estudio de Tratamiento para Adolescentes con Depresión (TADS) realizado en sitios múltiples para lograr la reducción de síntomas depresivos en adolescentes encontró que la combinación de medicamento (fluoxetina) y terapia cognitivo-conductual producía el mejor resultado, el medicamento por sí solo era superior al placebo, pero la terapia cognitivo-conductual por sí sola no difería significativamente del placebo. Esos hallazgos tienen fundamento en medidas del resultado a las 12 semanas. Sin embargo, análisis de los datos de las medidas de los resultados observados en las semanas 18, 24 y 36 (TADS, 2007), indicaron que para la semana 36 la efectividad de la terapia cognitivo-conductual había aumentado significativamente y era equivalente a la del medicamento, y que la combinación de medicamento y terapia cognitivo-conductual era ligeramente más efectiva que por sí solos.

Spirito, Esposito-Smythers, Wolff y Uhl (2011) concluyeron recientemente una revisión

actualizada de estudios de resultados concernientes a la terapia cognitivo-conductual para depresión y tendencias suicidas en adolescentes. Resumieron los datos relativos a la depresión concluyendo que "la terapia cognitivo-conductual para la depresión en adolescentes ha recibido apoyo considerable en las investigaciones publicadas. La terapia cognitivo-conductual individual y de grupo, con y sin la participación de los padres, parece estar bien establecida y, o ser eficaz para la mayoría de los participantes". En relación con la terapia cognitivo-conductual y las tendencias suicidas en adolescentes, los autores concluyeron que "la mayor parte de los estudios de la terapia cognitivo-conductual para adolescentes deprimidos ha encontrado una disminución en la ideación suicida, sin importar el formato de la terapia (es decir, individual o de grupo). Debe advertirse que también se ha encontrado una disminución en las tendencias suicidas en respuesta a la terapia familiar, la terapia de apoyo y la farmacoterapia. No obstante, aunque diversas formas de terapia produjeron disminuciones comparables en las tendencias suicidas de los adolescentes, la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser más prometedora en la reducción concurrente del diagnóstico o los síntomas del trastorno depresivo mayor y de la ideación suicida".

En varios estudios se ha encontrado que la combinación de terapia cognitivo-conductual y medicamento es superior a cualquiera de esos tratamientos por si solo con pacientes deprimidos en la fase aguda del tratamiento (Biggs y Rush, 1999; Evans *et al.,* 1992; Hollon, Shelton y Loosen, 1991; Scott, 1996a; Shaw y Segal, 1999). En el mejor de los casos, el incremento en la eficacia en la fase aguda del tratamiento parece ser modesto, con incrementos que van de 10 a 20% (Conte, Plutchik, Wild y Karasu, 1986). Estudios concernientes al tratamiento de pacientes deprimidos hospitalizados sugieren resultados benéficos de la combinación de la terapia cognitivo-conductual con medicamentos (Bowers, 1990; Miller, Norman, Keitner, Bishop y Dow, 199; Stuart y Bowers, 1995; Wright, 1996). Aunque en el caso de los pacientes hospitalizados la terapia cognitiva parece ser un complemento útil de la atención estándar, no queda claro si la terapia cognitiva por sí sola es suficiente (Hollon *et al.,* 2002).

En un intento por hacer a la terapia cognitiva tradicional más accesible y económica para el público general, se han explorado formatos de la terapia cognitivo-conductual con base en Internet y de grupo. En una revisión de los datos que se acumulan con rapidez sobre la terapia cognitivo-conductual con base en Internet, Johansson y Andersson (2012) concluyeron que cada vez es más la evidencia que apoya la efectividad de la modalidad guiada de la terapia cognitivo-conductual con base en Internet (materiales estructurados de autoayuda y contacto con el terapeuta por correo electrónico) sobre la modalidad no guiada de dicha terapia (sin contacto con el terapeuta); la investigación indica que la efectividad de la modalidad guiada de la terapia es comparable a la de la terapia personal; en el caso de depresión severa, los tratamientos adaptados (que incluyen otras técnicas específicas para diagnósticos coexistentes) son superiores a los tratamientos no adaptados (el mismo material para todos los pacientes).

En relación con la terapia cognitivo conductual de grupo, un metaanálisis reciente (Feng *et al.,* 2012) de estudios publicados entre 2000 y 2010 reveló que esta forma de terapia

era más efectiva para la depresión leve a moderada, y que su efectividad disminuye a medida que aumenta la severidad de la depresión. La duración óptima de la sesión era de 60 a 90 minutos, y las tareas para casa mejoraban los resultados; por otro lado, tasas elevadas de rotación se relacionaban con resultados más pobres. Feng y colaboradores (2012) encontraron un pequeño efecto sobre las tasas de recaída a los seis meses. Las tasas de recaída eran menores, sin síntomas residuales en el postratamiento.

Investigación en prevención de recaídas[1]

Aunque la gran mayoría de los pacientes se recuperan de un episodio de depresión, quedan vulnerables a la depresión futura.

La recurrencia es un problema importante para muchos individuos que sufren de depresión: por lo menos 50% de las personas que sufren un episodio depresivo presentarán otro en un lapso de 10 años. Quienes experimenten dos episodios tienen una probabilidad de 90% de sufrir un tercero, mientras que los individuos con tres o más episodios durante su vida tienen tasas de recaídas de 40% en un lapso de 15 semanas posteriores a la recuperación de un episodio (Kupfer, Frank y Wamhoff, 1996, p. 293).

Otros investigadores han calculado que 85% de los pacientes con depresión unipolar son propensos a presentar recurrencias (Keller y Boland, 1998, p. 350). En un seguimiento de seis años, Wang (2004) encontró que 49.8% de quienes habían sido tratados por depresión mayor desarrollaban luego episodios del mismo padecimiento. Como muestran esas cifras, se requieren con urgencia tratamientos que puedan minimizar y prevenir las recaídas. Un hallazgo que se considera muy emocionante en el tratamiento de la depresión con la terapia cognitiva es la observación sistemática (Paykel, 2007) de que a los pacientes que reciben este tratamiento, solo o combinado con medicamentos, les va mucho mejor, en términos de las recaídas, que a los pacientes que sólo son tratados con medicamentos (cuando ambos tratamientos se suspenden al terminarlos). A pesar de las diferencias entre los estudios en las características de las muestras y las metodologías, la terapia cognitiva parece tener importantes propiedades profilácticas. Numerosos estudios han reportado que después de un año de seguimiento, las tasas de recaída son menores para los pacientes tratados con terapia cognitiva que para los que recibieron antidepresivos. Simons, Murphy, Levine y Wetzel (1986) encontraron tasas de recaída de 12% con la terapia cognitiva contra 66% con antidepresivos. Bowers (1990) encontró tasas de recaída de 20% con la terapia cognitiva contra 80% de los antidepresivos; Shea y colaboradores (1992) reportaron 9% de recaída con la terapia cognitiva contra 28% con los antidepresivos; Hollon y colaboradores (2005) informaron de tasas de recaída de 31% con la terapia cognitiva contra 76% con los antidepresivos. Resultados del metaanálisis más exhaustivo que se conoce hasta la fecha revelaron que “en promedio, sólo recayó 29.5% de los pacientes tratados con terapia cognitiva contra 60% de los que fueron tratados con antidepresivos” (Gloaguen, Cottraux, Cucherat y Blackburn, 1998, p. 68). Los beneficios profilácticos de la terapia cognitiva son los más significativos porque no existe evidencia de que la farmacoterapia confiera protección alguna contra la reaparición de los síntomas después de haber

terminado el tratamiento.[2]

Dado que la mayoría de los individuos deprimidos experimentarán múltiples episodios, la capacidad de una intervención para prevenir el regreso de los síntomas después del tratamiento puede ser al menos tan importante como su capacidad para tratar un episodio actual (Evans *et al.,* 1992, p. 80).

Una de las preocupaciones más importantes relacionadas (aunque no exclusivamente asociada) con los medicamentos psicotrópicos es la presencia de síntomas residuales después del tratamiento. "Es probable que el tratamiento farmacológico de la depresión deje a la mayoría de los pacientes con una cantidad importante de síntomas residuales" (Fava, Rafanelli, Grandi, Conti y Belluardo, 1998, p. 820). De manera inevitable, los pacientes que mejoran con antidepresivos siguen presentando algunos de los síntomas de depresión y, como han concluido varios investigadores, a menos que logren una recuperación completa, los síntomas residuales aumentan el riesgo de recaída (Evans *et al.,* 1992; Fava, Rafanelli, Grandi, Conti *et al.,* 1998; Hardeveld, Spijker, de Graaf, Nolen y Beekman, 2010; Keller y Boland, 1998; Rush *et al.,* 2006).

Un grupo de investigadores, preocupados por el riesgo de recaída asociado con los síntomas residuales, examinaron la persistencia de los síntomas después del tratamiento con fluoxetina (Prozac). Encontraron que, incluso entre las personas que se consideraba respondían por completo a 20 mg de fluoxetina durante cinco semanas, más de 80% presentaba uno o más síntomas residuales del trastorno depresivo mayor según el DSM-III-R, más de 30% presentaba tres o más síntomas, y 10.2% cumplía los criterios de depresión menor o subsindrómica, esos hallazgos implican que los síntomas depresivos mínimos son prodrómicos e incrementan el riesgo de desarrollar un episodio inicial completo de depresión mayor (Nierenberg *et al*., 1999, pp. 224-225).

Se ha encontrado que la terapia cognitiva es eficaz en la reducción tanto de los síntomas residuales como de las recaídas después de terminar el medicamento. "La terapia cognitivo-conductual de corto plazo después de una terapia exitosa con antidepresivos tuvo un efecto considerable sobre la tasa de recaída después de la suspensión de los antidepresivos. Los pacientes que recibieron terapia cognitivo-conductual reportaron una tasa sustancialmente menor de recaída (25%) durante un seguimiento de dos años que quienes fueron asignados a [manejo clínico] (80%)" (Fava, Rafanelli, Grandi, Conti *et al.,* 1998, p. 818). El efecto protector de la terapia cognitiva todavía era apreciable en un estudio de seguimiento a los cuatro años, aunque los beneficios se desvanecieron después de un periodo de seis años (Fava, Rafanelli, Grandi, Canestrari y Morphy, 1998). Otro estudio encontró que sólo 5% de los participantes en el grupo "tratado con terapia cognitivo-conductual y recuperado" buscó otro tratamiento en comparación con 39% de los integrantes del grupo que recibió antidepresivos (consulte el trabajo de Williams, 1997). Paykel y colaboradores (1999) encontraron tasas acumuladas de recaída significativamente menores a las 68 semanas en pacientes que recibieron 16 sesiones de terapia cognitivo-conductual después de una respuesta parcial a la farmacoterapia. Bockting y colaboradores (2005) compararon el tratamiento usual (TAU, que incluía la continuación del medicamento) con el tratamiento usual aumentado con

terapia cognitiva breve y encontraron disminución significativa de la recaída en pacientes con cinco o más episodios previos de depresión. Las tasas de recaída fueron de 72% para el tratamiento usual contra 46% del tratamiento más la terapia cognitiva breve.

Una estrategia preventiva usada por los psiquiatras para enfrentar las altas tasas de recaída asociadas con los antidepresivos consiste en "continuar el medicamento", lo que constituye un tratamiento de mantenimiento a largo plazo (y en muchos casos, permanente) (Evans *et al.,* 1992; Fava, Rafanelli, Grandi, Conti *et al.,* 1998; Thase, 1990), por lo regular con la misma dosis que se administró en la fase aguda del tratamiento. La investigación que compara la tasa de recaída en pacientes que continúan los medicamentos a largo plazo con la de quienes fueron tratados con terapia cognitiva y luego la terminaron no sugiere una ventaja significativa de esta práctica. Por ejemplo, DeRubeis y colaboradores (2005) encontraron que las tasas de recaída eran equivalentes en ambos grupos (40%). Hollon y colaboradores (2005) encontraron que 31% recaía cuando era tratado y luego suspendía la terapia cognitiva, en comparación con 47% que recaía cuando era tratado con la continuación del medicamento. Fournier y colaboradores (2008) encontraron que los pacientes con depresión mayor y un trastorno de personalidad que tenían respuesta positiva a 16 semanas de terapia cognitivo-conductual con tres sesiones de refuerzo opcionales durante un periodo de 12 meses mostraban mejora sostenida superior en comparación con la suspensión de la farmacoterapia y mejoría equivalente a la continuación de la farmacoterapia durante 12 meses. Dobson y colaboradores (2008) siguieron a pacientes que respondieron a un tratamiento de terapia cognitivo-conductual, activación conductual o farmacoterapia por depresión aguda. Durante el seguimiento de dos años, los pacientes con psicoterapia dejaron de recibir tratamiento mientras que los que fueron tratados con farmacoterapia recibieron la continuación con farmacoterapia o con un placebo. Encontraron que la terapia cognitivo-conductual proporcionaba mayor protección; ambas psicoterapias eran equivalentes a la continuación de la farmacoterapia y ambas eran superiores a la continuación con placebo.

Algunos investigadores han señalado la naturaleza tautológica de esta solución: "La tasa de recaída del tratamiento con medicamentos es mayor a la de la terapia cognitivo-conductual; por consiguiente, los pacientes deben seguir consumiendo los medicamentos para prevenir la recaída" (Antonuccio, Danton y DeNelsky, 1995, p. 578). Aunque en EUA los medicamentos son todavía el tratamiento inicial y más frecuente para la depresión mayor (Antonuccio *et al.,* 1995; Cipriani *et al.,* 2009), y el método más común para mantener las ganancias del tratamiento (Geddes *et al.,* 2003), es necesario considerar tres puntos importantes: la terminación prematura, los efectos iatrogénicos y la rentabilidad de la farmacoterapia.

La investigación ha demostrado que "una cantidad considerable de pacientes decide no continuar la farmacoterapia en el largo plazo por la ausencia de síntomas depresivos, no puede tomar el medicamento por alguna enfermedad que impide el uso de antidepresivos, o sufre efectos secundarios que le resultan intolerables" (Spanier, Frank, McEachran, Grochocinski y Kupfer, 1999, p. 250). Aunque los nuevos medicamentos "de elección" se toleran mejor que los anteriores, 70% de los pacientes siguen experimentando

síntomas depresivos importantes con alguno de ellos, y más de 50% suspende los ensayos debido a efectos secundarios no deseados (Connolly y Thase, 2012).

Thase (2011) advirtió que se prescribían varias combinaciones de antidepresivos debido a problemas de respuesta insuficiente o inexistente, aunque todavía no se llevan a cabo pruebas clínicas de esas combinaciones con el control y alcance adecuados.

En lo que concierne a los efectos iatrogénicos, un grupo de investigadores concluyó que "existe mucha evidencia de que los medicamentos antidepresivos no son tratamientos benignos… Muchos antidepresivos son cardiotóxicos, tienen efectos secundarios peligrosos y a menudo se emplean en intentos suicidas… [También] producen un cumplimiento relativamente más pobre que la psicoterapia, tienen tasas más elevadas de abandono y en algunas poblaciones su tasa de no respuesta llega a ser de 60%" (Antonuccio *et al.,* 1995, p. 581). Debemos mencionar que también la psicoterapia puede tener efectos secundarios no buscados ni deseados (Mohr, 1995), pero se sabe muy poco acerca de efectos negativos asociados con la terapia cognitiva.

La tercera consideración es la rentabilidad del tratamiento. La investigación sobre este tema es sorprendentemente limitada. Antonuccio, Thomas y Danton (1997) realizaron un análisis de rentabilidad en varios estudios de resultados en depresión y encontraron que en un periodo de dos años, el costo sólo de la fluoxetina era 33% más alto que el de la terapia cognitivo-conductual individual, y que el costo del tratamiento combinado de fluoxetina con terapia cognitivo-conductual era 23% más alto que el de la terapia cognitivo-conductual por sí sola. Encontraron que el tratamiento de mantenimiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina era la opción más costosa, casi el doble del de la biblioterapia, la terapia cognitivo-conductual de grupo, la terapia cognitivo-conductual individual y los antidepresivos tricíclicos. Para evaluar la rentabilidad de la prevención de recaídas en la depresión, durante un periodo de 17 meses Scott, Palmer, Paykel, Teasdale y Hayhurst (2003) compararon la terapia cognitivo-conductual como tratamiento adicional al uso de antidepresivos y manejo clínico con el uso de antidepresivos y manejo clínico. Encontraron que agregar la terapia cognitivo-conductual era la opción más costosa, pero más efectiva para disminuir las tasas acumuladas de recaída (las tasas de recaída fueron de 29% con la adición de la terapia cognitivo-conductual contra 47% sin dicha terapia). Es importante mencionar que los autores señalaron, dado que en su estudio el seguimiento sólo se extendió durante 17 meses, los costos asociados con la adición de la terapia cognitivo-conductual fue un escenario de "en el peor de los casos"; otras investigaciones (como se mencionó en la sección anterior) han demostrado que la terapia cognitivo-conductual permite mantener las ganancias y da lugar a tasas menores de recaída incluso durante seis años. Sava, Yates, Lupu, Szentogatai y David (2009) compararon el costo de la terapia cognitivo-conductual, terapia racional-emotiva y farmacoterapia (fluoxetina) y encontraron que los tres tratamientos eran igualmente efectivos en la reducción de los síntomas, pero que las psicoterapias eran más rentables que la farmacoterapia en relación con el número de días por mes libres de depresión en un periodo de 40 semanas. Aunque Dobson y colaboradores (2008) no hicieron comparaciones estadísticas formales de costos entre

condiciones de tratamiento, advirtieron que "en este estudio, el costo acumulado de continuar con los medicamentos demostró ser más alto al final del primer año de seguimiento" (p. 471). Scott y colaboradores (2003) argumentaron que al tomar decisiones sobre el valor de varios tratamientos debería considerarse el ajuste a la alza de los costos en relación con el tiempo para la recaída. Esos hallazgos sugieren que la terapia cognitivo-conductual, sola o en combinación con medicamentos, puede mejorar la rentabilidad, sobre todo cuando los costos más altos en el corto plazo de los tratamientos combinados se sopesan con los mejores resultados y los menores costos marginales en el largo plazo.

¿Cuál es la frecuencia y duración óptimas de las sesiones para que la terapia cognitiva sea efectiva, tanto al concluir como en un seguimiento a largo plazo? De acuerdo con Sacco y Beck (1995, p. 332):

Directrices generales sugieren que entre 15 y 25 sesiones (de 50 minutos) semanales, aunque los clientes gravemente deprimidos, por lo regular requieren dos sesiones semanales durante las cuatro o cinco semanas iniciales. Para evitar una terminación abrupta, se recomienda un proceso de desvanecimiento en que las últimas sesiones ocurran una vez cada dos semanas. Después de terminar el tratamiento, es posible que algunos clientes necesiten algunas sesiones de refuerzo (son comunes cuatro o cinco). Algunos autores han advertido que puede ser necesario un tratamiento más largo para una recuperación completa y más duradera (Elkin *et al.,* 1996; Thase, 1992). La investigación de Jarrett y colaboradores (2001) sugiere que las tasas de recaída en pacientes de alto riesgo con una edad temprana de inicio o remisión inestable podría ser reducida con "una fase de continuación de la terapia cognitiva" (CTC), la cual consta de 10 sesiones (cada dos semanas durante los dos primeros meses y una vez al mes en los seis meses siguientes) después de la fase aguda del tratamiento. La fase de continuación se enfoca en la prevención de recaída y en la generalización de las habilidades (entre respuestas, escenarios, estímulos y momentos). Esta estrategia es apoyada por estudios (Jarrett *et al.,* 2001; Vittengl, Clark, Dunn y Jarrett, 2009) dirigidos a prevenir la recaída en individuos que responden a diversas modalidades de tratamiento (farmacoterapia, psicoterapia interpersonal y, o la terapia cognitivo-conductual) para la fase aguda de la depresión.

Aunque en la actualidad se realiza más investigación sobre esta estrategia (Jarrett y Thase, 2010) Jarrett, Vittengl y Clark (2008) sugirieron el uso de puntuaciones obtenidas en diversos instrumentos (la Escala de Calificación de Hamilton para la Depresión, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Sintomatología Depresiva, y la Evaluación Longitudinal de Seguimiento en Intervalos) para ayudar a los terapeutas cognitivos a decidir cuántas sesiones más se requieren para evitar la recaída o recurrencia.

Otra alternativa para prevenir la recaída es la terapia cognitiva con base en mindfulness (MBCT), desarrollada por Teasdale, Segal y Williams (1995). Esta terapia tiene fundamento en estrategias de aceptación y meditación que también son fundamentales para la terapia dialéctica conductual para la personalidad límite (Linehan, 1993a, 1993b).

"La terapia cognitiva con base en mindfulness pretende desarrollar, y modificar, la consciencia que tienen los participantes de su relación con pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales indeseados, de modo que dejen de evitarlos o de reaccionar ante ellos de forma automática y su respuesta sea intencional y diestra" (Ma y Teasdale, 200, p. 32). Teasdale y colaboradores (Ma y Teasdale, 2004; Teasdale, 1997a, 1997b; Teasdale *et al.,* 1995, 2002) sostienen que el mecanismo principal de cambio terapéutico en la terapia cognitiva consiste en distanciarse o descentrarse de la cognición y no en cambiar el contenido del pensamiento. Dos estudios realizados sobre la terapia cognitiva con base en mindfulness encontraron que el tratamiento usual (TAU) seguido de esta terapia, en comparación con el tratamiento usual por sí solo, reducía significativamente la recaída en pacientes con tres o más episodios de depresión. En el primer estudio, recayó 66% de quienes sólo recibieron el tratamiento usual contra 37% de quienes recibieron el tratamiento seguido por la terapia cognitiva con base en mindfulness (Teasdale *et al.,* 2000); en el segundo estudio, recayó 78% de quienes sólo recibieron el tratamiento usual contra 36% de quienes recibieron el tratamiento usual seguido de la terapia cognitiva con base en mindfulness (Ma y Teasdale, 2004). Al extender el periodo de seguimiento a dos años, Matthew, Whitford, Kenny y Denson (2010) encontraron que el tratamiento usual seguido de la terapia cognitiva con base en mindfulness era más efectiva que el tratamiento usual para "disminuir los síntomas depresivos, la preocupación y la rumiación, y para mejorar las habilidades de mindfulness" (p. 998), aunque advirtieron que con el paso del tiempo aparecía un debilitamiento de los efectos al parecer relacionado con la cantidad de práctica formal de la terapia cognitiva con base en mindfulness.

Aunque investigaciones anteriores (Segal, Williams y Teasdale, 2002) suponían que la dificultad para concentrarse y el pensamiento negativo durante un episodio depresivo impedirían el entrenamiento en habilidades de control de la atención con la terapia cognitiva con base en mindfulness, van Aalderen y colaboradores (2012) encontraron recientemente que esta terapia, aunada al tratamiento usual, en comparación con el tratamiento usual por sí solo, mostraba ganancias equivalentes en efectividad para pacientes en remisión y para los actualmente deprimidos. Manicavasagar, Perich y Parker (2012) también examinaron la efectividad de la terapia cognitiva con base en mindfulness para disminuir la depresión actual. Compararon la terapia cognitivo-conductual de grupo con la terapia cognitiva con base en mindfulness y encontraron mejoría equivalente en la depresión. Curiosamente, no encontraron diferencias significativas entre las dos condiciones en las puntuaciones de mindfulness o rumiación. La posibilidad de un costo menor asociada con tratamientos que pueden llevarse a cabo en un formato de grupo sugiere que son atractivos no sólo para la prevención de recaída, sino también para la depresión recurrente.

Investigación sobre la depresión crónica

Como demuestran los datos anteriores, la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser un tratamiento eficaz para una gran variedad de poblaciones deprimidas. No obstante,

muchos pacientes depresivos no responden al tratamiento. La depresión que es resistente a tratamientos actuales sigue siendo un problema importante de salud pública. Es posible que entre 40 y 50% de los pacientes no completen o no respondan a la terapia cognitivo-conductual para la depresión aguda (DeRubeis *et al.,* 2005; Jarret y Thase, 2010). Cincuenta por ciento de los pacientes no logran remisión completa de los síntomas depresivos luego de dos ensayos de medicamento (Mathys y Mitchell, 2011; Rush *et al.,* 2006; Trivedi *et al.,* 2006). Wiersma y colaboradores (2008) advirtieron que, según la investigación actual, 20% de las depresiones persisten después de dos años y que entre 25 y 35% de los pacientes externos con problemas de salud mental sufren depresión crónica.

McCullough (2003) propuso, con base en la investigación existente, que existen diferencias cualitativas entre las formas crónica y no crónica de la depresión, y que éstas requieren diferentes estrategias de tratamiento. De acuerdo con McCullough, la investigación "muestra que los trastornos crónicos, en comparación con la depresión mayor aguda o episódica (con un solo episodio y con episodios recurrentes con una recuperación completa entre episodios), difieren significativamente en términos de la edad de inicio, patrones de curso clínico, historia de desarrollo, perfiles de comorbilidad modal del Eje II, tasas características de respuesta al tratamiento, porcentajes predecibles de recaída, y necesidad de tratamiento a largo plazo" (p. 243). Señala que esas diferencias por lo regular no han sido abordadas en las publicaciones sobre el tratamiento, por lo que el trabajo terapéutico de psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales ha sido realizado como si los pacientes con depresión fuesen una población no diferenciada. Young, Klosko y Weishaar (2003) advirtieron que, aunque la terapia cognitivo-conductual es sumamente efectiva para muchos pacientes, muchas otras personas no reciben ayuda o siguen sufriendo dolor emocional y daños en su funcionamiento, en particular quienes presentan una patología importante.

Quienes presentan problemas crónicos pueden requerir un método de tratamiento de mayor alcance.

Antes de analizar tratamientos específicos para la depresión crónica, se describen las características generales de esta población. Las formas crónica y no crónica de la depresión en 70 a 75% de las poblaciones clínicas suelen diferenciarse por una edad temprana de inicio (por lo general a mediados de la adolescencia, antes de los 20 años) (Keller y Boland, 1998; Keller y Hanks, 1995; McCullough, 2000). Traumas tempranos o relaciones familiares adversas (pérdida de uno de los padres en la niñez; abuso sexual, físico y, o verbal; descuido y sobreprotección) son más evidentes en las personas con depresión crónica (Chapman et al., 2004; Cong *et al.,* 2012; Dube *et al.,* 2001; Heim y Nemeroff, 2001; Kendler *et al.,* 1995; Lizardi *et al.,* 1995; Randolph y Dykman, 1998; Sachs-Ericsson, Verona, Joiner y Preacher, 2006). En pacientes con una distimia de inicio temprano que sufren estrés crónico, quienes presentan además una historia familiar adversa, con el tiempo muestran incremento en la gravedad de la depresión en comparación con quienes no tienen esas historias familiares adversas, pero exhiben cargas familiares para el trastorno distímico (Dougherty, Klein y Davila, 2004). Existe

prevalencia más alta de trastornos comórbidos, en particular trastornos de personalidad (Garyfallos *et al.,* 1999; Pepper *et al.,* 1995). Los trastornos de personalidad del grupo C se asocian con depresión crónica (Hayden y Klein, 2001).

Se han desarrollado cinco tratamientos potencialmente prometedores que amplían la terapia cognitivo-conductual y pueden abordar la depresión crónica. Esos tratamientos son la aplicación hecha por Harley, Sprich, Safren, Jacob y Fava (2008) del entrenamiento de habilidades de la terapia dialéctica conductual (DBT) de Linehan (1993b); las aplicaciones (Barnhofer *et al.,* 2009; Eisedrath *et al.,* 2011) de la terapia cognitivo conductual con base en mindfulness de Segal y colaboradores (2002); la terapia metacognitiva (MCT) de Wells y colaboradores (2012); el sistema psicoterapéutico de análisis cognitivo-conductual (CBASP) de McCullough (2000); y la terapia centrada en los esquemas de Young y colaboradores (2003).

Harley y colaboradores (2008) proporcionaron evidencia preliminar de que el entrenamiento de habilidades de la terapia dialéctica conductual conducido en forma grupal puede ser una alternativa efectiva para el tratamiento de la depresión. Pacientes que no habían logrado remisión con medicamentos antidepresivos fueron asignados a una condición con 16 sesiones, una vez por semana, de entrenamiento de habilidades de la terapia dialéctica conductual (mindfulness, efectividad interpersonal, regulación de la emoción y tolerancia a la angustia) o a una condición de lista de espera. Encontraron mejoras significativamente mayores (con tamaños del efecto grandes en la Escala de Calificación de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck) en síntomas depresivos en el grupo de entrenamiento de habilidades de la terapia dialéctica conductual. Feldman, Harley, Kerrigan, Jacobo y Fava (2009) plantearon que el entrenamiento de habilidades de la terapia dialéctica conductual ayuda a los pacientes a procesar su experiencia emocional de forma que disminuye sus síntomas depresivos en lugar de exacerbarlos.

Otro estudio preliminar (Barnhofer *et al.,* 2009) y un estudio de caso (Eisendrath, Chartier y McLane, 2011) emplearon la terapia cognitivo-conductual con base en mindfulness para tratar con éxito la depresión crónica. Barnhofer y colaboradores (2009) compararon la combinación de la terapia cognitivo-conductual con base en mindfulness con el tratamiento usual y el tratamiento usual por sí solo encontrando una mejoría significativamente mayor en el primer grupo. Eisendrath y colaboradores (2011) trataron con éxito a un paciente con una versión modificada de la terapia cognitivo-conductual con base en mindfulness, en dicho tratamiento se enfocaron en la depresión actual y agregaron ejercicios y metáforas de la terapia de aceptación y compromiso (ACT; Luoma, Hayes y Walser, 2007; Zettle, 2007). Esos primeros resultados son interesantes, sobre todo porque los tratamientos son de una duración relativamente corta y porque son adecuados para un formato de grupo.

Wells y colaboradores (2012) también realizaron un estudio preliminar en el que emplearon la terapia metacognitiva para tratar a pacientes con depresión resistente al tratamiento. Se realizaron ocho sesiones de tratamiento enfocadas en el control de la atención, rumiación, preocupación y las creencias metacognitivas. Encontraron mejoras significativas tanto en el postratamiento como en un seguimiento de 12 meses. El interés

en este tratamiento será mayor si los resultados pueden reproducirse en un ensayo con control aleatorio. El sistema psicoterapéutico de análisis cognitivo-conductual (CBASP) de McCullough (2000) es un tratamiento integrador, de tiempo limitado, que incluye elementos de las psicoterapias cognitiva, conductual, interpersonal y psicodinámica. McCullough (2003) afirma:

El tratamiento empieza con un adulto-niño, cognitiva y emocionalmente retardado, que llega a la sesión con una visión negativa del mundo. El paciente funciona de manera crónica, por lo menos en el área social e interpersonal, con la estructura mental de un niño preoperacional (Piaget) de cuatro a seis años… Al paciente se le debe enseñar a funcionar a un nivel formal, a percibir que su conducta tiene consecuencias, a generar empatía auténtica y a afirmarse de manera efectiva. La psicoterapia empieza con un "adulto-niño" al que se le debe ayudar a madurar en la esfera cognitivo-emotiva (pp. 247, 248).

El cambio se produce por medio de un programa de contingencias con base en el reforzamiento negativo. Primero se exponen las contingencias entre las conductas y las consecuencias. Luego, como resultado de cambios positivos en la conducta, la incomodidad y angustia disminuyen o son eliminados.

Para producir el cambio se utilizan tres técnicas: análisis situacional, ejercicio de discriminación interpersonal y entrenamiento y repaso de habilidades conductuales. El sistema psicoterapéutico de análisis cognitivo-conductual ha sido empleado en dos estudios con pacientes ambulatorios crónicamente deprimidos. El primero (Keller *et al.,* 2000) comparó los efectos del sistema cognitivo-conductual de análisis de la psicoterapia por sí solo, nefazodona por sí solo, y la combinación de ambos después de 12 semanas de la fase aguda de tratamiento. La tasa global de respuesta fue 48% para las dos monoterapias contra 73% del tratamiento combinado. Del 76% (519 de 681) de las personas que completaron el estudio, 52% respondió al sistema cognitivo-conductual de análisis de la psicoterapia, 55% lo hizo a nefazodona y 85% a la combinación de tratamientos. En el segundo estudio (Klein *et al.,* 2004), un seguimiento de un año a este estudio inicial, se examinaron la recaída y los síntomas depresivos a lo largo del tiempo en quienes respondieron al sistema cognitivo-conductual de análisis de la psicoterapia, para ello compararon los efectos de continuar la terapia con el sistema cognitivo-conductual de análisis de la psicoterapia (16 sesiones durante 52 semanas) sólo con evaluación. Para quienes continuaron la terapia hubo significativamente menos recaídas y síntomas depresivos. Sin embargo, un estudio más reciente arrojó resultados contradictorios. Kocsis y colaboradores (2009) compararon el efecto de tres condiciones (farmacoterapia aumentada con el sistema cognitivo-conductual de análisis de la psicoterapia, farmacoterapia aumentada con terapia breve de apoyo y farmacoterapia continua por sí sola) en personas que no habían respondido o que habían dado respuesta parcial a un ensayo inicial con medicamento. Aunque 37.5% presentó una respuesta parcial o remisión con esos tres tratamientos, los investigadores no encontraron diferencias significativas entre los tres grupos. En la actualidad se realizan otros dos estudios (Schramm *et al.,* 2011; Wiersma *et al*., 2008) con el propósito de aclarar la

utilidad específica del sistema cognitivo-conductual de análisis de la psicoterapia para la depresión crónica.

La terapia centrada en los esquemas (ST) también es una terapia integrativa (Young *et al.,* 2003) que incluye elementos de las terapias cognitiva, conductual, interpersonal y centrada en la emoción. Hawke y Povencher (2011) advierten que "La teoría de los esquemas de Young no pretende competir con la teoría tradicional de Beck, sino extenderla a la clientela resistente al tratamiento, cuyos problemas psicológicos se cree que son mantenidos por fundamentos caracterológicos complejos. Para ello enfatiza los orígenes en el desarrollo de la psicopatología severa" (p. 258).

Un estudio de Giesen-Bloo y colaboradores (2006) encontró resultados sorprendentemente sólidos y significativos a favor de la terapia centrada en los esquemas sobre la terapia focalizada en la transferencia con el trastorno límite crónico de la personalidad. Después de tres años de tratamiento (con dos sesiones por semana), se observó una recuperación completa en 45% de los pacientes que recibieron la terapia centrada en los esquemas (contra 24% de quienes recibían terapia focalizada en la transferencia). Un año después, más de la mitad (52%) de quienes recibían la terapia centrada en los esquemas se recuperó completamente (contra 29% de la terapia focalizada en la transferencia), y dos terceras partes (70%) de quienes recibían la terapia centrada en los esquemas mostraban una notable mejoría. Además, la probabilidad de abandonar el tratamiento era significativamente menor entre quienes recibían la terapia centrada en los esquemas (en este grupo desertó 27% contra 50% que abandonó la terapia focalizada en la transferencia). En el caso de personas con trastorno límite de personalidad se informó de resultados aún más convincentes (Farrell, Shaw y Webber, 2009) para la terapia grupal centrada en los esquemas (GST; consulte el trabajo de Farrell y Shaw, 2012) para personas con trastorno límite de la personalidad. Este estudio comparó el tratamiento usual (terapia cognitivo-conductual o terapia psicodinámica) combinado con la terapia grupal centrada en los esquemas con la terapia usual por sí sola. Al final de los 20 meses de tratamiento, 94% de quienes recibieron tratamiento combinado, en comparación con 16% de quienes sólo recibieron la terapia usual, dejaron de cumplir los criterios para trastorno límite de personalidad. Además, la tasa de abandono fue de 0% en la condición combinada (tratamiento usual más terapia grupal centrada en los esquemas) en comparación con 25% en la condición sólo con el tratamiento usual. Dado el alto grado de semejanzas entre pacientes con trastornos crónicos (historias adversas en la niñez, inicio temprano de la depresión y una multitud de esquemas), se cree que es muy probable que la terapia centrada en los esquemas también sea un tratamiento eficaz para la población con depresión crónica. En la actualidad, Fritz Renner, de la Universidad de Maastricht en los Países Bajos, lleva a cabo un estudio sobre la efectividad de la terapia centrada en los esquemas para la depresión crónica (enlace Web: clinicaltrials.gov/ct2/show/nct01153867).

Estado actual e investigación futura sobre el tratamiento de la depresión

Se cuenta ahora con una considerable cantidad de investigaciones sobre tratamientos para

la depresión. Existen en las publicaciones las inconsistencias suficientes para ameritar la continuación del debate y la investigación sobre los méritos relativos de diferentes tratamientos. No obstante, la eficacia general de la terapia cognitiva para la depresión es claramente un hallazgo sólido y reproducible.

La falta de respuesta a muchas preguntas importantes, aunada a incongruencias en los hallazgos de las investigaciones, probablemente harán imposible que los defensores de cualquier tratamiento individual hagan recomendaciones firmes a favor de un tratamiento para la depresión sobre otro entre trastornos y poblaciones. En consonancia con el énfasis que hace Beck en hipótesis y protocolos clínicos que puedan someterse a prueba, se espera que investigaciones más complejas a la larga permitan entender qué tipos de pacientes deprimidos se benefician más de qué tipo de tratamiento o combinación de tratamientos y en qué secuencia.

El resto de este capítulo se dedica a describir el modelo cognitivo de la depresión y la teoría de esquemas; a detallar las características básicas de las terapias cognitiva y de esquemas, y a demostrar las aplicaciones de ambas terapias a la depresión en la práctica clínica.

MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN

El modelo cognitivo asume que la cognición, la conducta y la bioquímica son componentes importantes de los trastornos depresivos. No se les considera teorías rivales de la depresión sino como diferentes niveles de análisis. Cada método de tratamiento tiene su propio "foco de conveniencia". El farmacoterapeuta interviene a nivel bioquímico; el terapeuta cognitivo interviene en los niveles cognitivo, afectivo y conductual. La experiencia sugiere que cuando se cambian las cogniciones depresivas, al mismo tiempo cambia la conducta, el estado de ánimo característico y, como sugiere cierta evidencia (Free, Oei y Appleton, 1998; Joffe, Segal y Singer, 1996), la bioquímica de la depresión. Aunque este mecanismo de cambio es todavía un objeto considerable de investigación, especulación y debate (Burber y DeRubeis, 1989; Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue y Hayes, 1996; Crews y Harrison, 1995; DeRubeis *et al.,* 1990; DeRubeis y Feeley, 1990; Hayes y Strauss, 1998; Oei y Free, 1995; Oei y Shuttlewood, 1996; Shea y Elkin, 1996; Sullivan y Conway, 1991; Whisman, 1993), "existen algunos indicios de que la terapia cognitiva funciona debido a que cambia las creencias y las tendencias de procesamiento de la información, y que diferentes aspectos de la cognición juegan papeles diferentes en el proceso de cambio" (Hollon *et al.,* 1996; p. 314).

Este capítulo se enfoca en las alteraciones cognitivas en la depresión. La investigación de la ciencia cognitiva destaca la importancia del procesamiento de la información en la sintomatología depresiva (Ingram y Holle, 1992). De acuerdo con esa teoría, la cognición con un sesgo negativo es un proceso central en la depresión que se refleja en la "triada cognitiva negativa de la depresión". Los pacientes deprimidos por lo general tienen una visión negativa de sí mismos, de su ambiente y del futuro. Se consideran inútiles, inadecuados, odiosos y deficientes. Los pacientes deprimidos consideran que el ambiente es abrumador, que les presenta obstáculos insuperables que continuamente dan lugar a fracaso o pérdida. Además, consideran que el futuro carece de esperanza y que sus esfuerzos serán insuficientes para cambiar el curso insatisfactorio de sus vidas. Esta visión negativa del futuro a menudo da lugar a la ideación suicida y a intentos suicidas reales.

Los pacientes deprimidos de manera sistemática distorsionan su interpretación de los hechos, por lo que mantienen visiones negativas de sí mismos, de su ambiente y del futuro. Beck sugiere que buena parte de este procesamiento cognitivo distorsionado ocurre fuera de la consciencia y su resultado se observa en forma de "pensamientos automáticos", pensamientos que intervienen entre los eventos de la vida y las reacciones emocionales del paciente a dichos eventos. Es común que el paciente no se percate de esos pensamientos automáticos porque pueden estar fuera de la consciencia, son parte de una forma repetitiva o habitual de pensamiento, y ocurren con mucha frecuencia. Los pensamientos automáticos suelen oponerse a lo que el paciente sabe, lógica y conscientemente, que es verdad, y antes de la terapia la mayoría de los pacientes no pueden detenerlos por medio de los procesos de pensamiento racional.

Este proceso de distorsión cognitiva es mucho más común en pacientes deprimidos que

en individuos no deprimidos. Por ejemplo, una mujer deprimida cuyo esposo llegó una noche tarde a casa puede concluir que el hombre tiene una aventura con otra mujer, aunque no exista evidencia que apoye esta conclusión. Este ejemplo ilustra una "inferencia arbitraria", llegar a una conclusión que no está justificada por la evidencia disponible. Otras distorsiones incluyen al pensamiento de todo o nada, la sobregeneralización, la abstracción selectiva y la magnificación (Beck *et al.,* 1979).

Teoría de los esquemas

De acuerdo con desarrollos teóricos posteriores en el modelo cognitivo, la presencia de esquemas es un factor importante de predisposición a la depresión en muchos pacientes (Stein y Young, 1992; Young 1990/1999).[3] Beck (1976) destacaba la importancia de los esquemas en la depresión y ofreció la siguiente definición:

Un esquema es una estructura cognitiva para detectar, codificar y evaluar los estímulos que impactan en el organismo… Con base en esta matriz de esquemas, el individuo puede orientarse en relación con el tiempo y el espacio y categorizar e interpretar las experiencias de una forma significativa (p. 233).

Además, Beck, Freeman y Associates (1990) anotaron:

En el campo de la psicopatología, el término "esquema" se aplica a estructuras con un contenido idiosincrásico altamente personal que son activadas durante trastornos como la depresión, ansiedad, ataques de pánico y obsesiones, que se vuelven dominantes.

Por consiguiente, en la depresión clínica, por ejemplo, los esquemas negativos se vuelven predominantes, lo que resulta en un sesgo negativo sistemático en la interpretación y recuerdo de las experiencias, así como en las predicciones a corto y largo plazo, mientras que los esquemas positivos se vuelven menos accesibles. A los pacientes deprimidos les resulta fácil ver los aspectos negativos de un suceso, pero encuentran difícil ver lo positivo. Les resulta más sencillo recordar los hechos negativos que los positivos. Dan más peso a las probabilidades de resultados indeseables que a las de los resultados positivos (p. 32).

Además, cada vez es mayor el reconocimiento de que "enfocarse en los esquemas centrales es una clave para la terapia efectiva a corto plazo" (Freeman y Davison, 1997, p. 8).

A través de observaciones clínicas, Young[5] identificó un subconjunto de esquemas a los que denomina esquemas tempranos desadaptados: "Los esquemas tempranos desadaptados se refieren a temas extremadamente estables y duraderos que se desarrollan en la niñez, se elaboran a lo largo de la vida del individuo y son disfuncionales en un grado significativo" (Young, 1990/1999, p. 9). En la figura 7-1 se presentan los 18 esquemas tempranos desadaptados identificados por Young.[4]

1. ABANDONO/INESTABILIDAD
La percepción de *inestabilidad* o *falta de confiabilidad* de quienes deben brindar apoyo y conexión. Involucra la sensación de que las personas cercanas no podrán brindar apoyo emocional, conexión, fortaleza o protección práctica porque son emocionalmente inestables o impredecibles (p. ej., estallidos

de enojo), o porque su presencia es errática o poco segura, sea porque su muerte es inminente o porque abandonarán al paciente por alguien mejor.

2. DESCONFIANZA/ABUSO

La expectativa de que los demás lastimarán, abusarán, humillarán, engañarán, mentirán o se aprovecharán. Por lo general involucra la percepción de que el daño es intencional o resultado de una negligencia injustificada y extrema. Puede incluir la sensación de que uno siempre termina siendo engañado en su relación con otros o que tiene mala suerte.

3. PRIVACIÓN EMOCIONAL

La expectativa de que el deseo de recibir de otros un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho. Las tres formas principales de privación son las siguientes:

A. *Privación de cuidado*: falta de atención, afecto, calidez o compañía.

B. *Privación de empatía*: falta de comprensión, escucha, revelación de información personal o reciprocidad en los sentimientos compartidos con otros.

C. *Privación de protección*: falta de fortaleza, dirección o guía de otros.

4. IMPERFECCIÓN/VERGÜENZA

La sensación de que uno es defectuoso, malo, no deseado, inferior o carente de validez en aspectos importantes o que, de exponerse, podría resultar odioso para otros. Puede involucrar hipersensibilidad a las críticas, rechazo y culpa; timidez, comparaciones e inseguridad alrededor de otros; o una sensación de vergüenza en relación a los defectos que se perciben en uno mismo. Esos defectos pueden ser privados (p. ej., egoísmo, enojo, impulsos, deseos sexuales inaceptables) o públicos (p. ej., apariencia física desagradable, torpeza social).

5. AISLAMIENTO SOCIAL/ALIENACIÓN

El sentimiento de que uno está aislado del resto del mundo, es diferente a los demás y, o no forma parte de ningún grupo o comunidad.

6. DEPENDENCIA/INCOMPETENCIA

Creencia de que uno es incapaz de manejar las responsabilidades cotidianas de manera competente sin recibir ayuda considerable de los demás (p. ej., cuidar de uno mismo, resolver problemas del día a día, ejercer buen juicio, enfrentar nuevas tareas, tomar buenas decisiones). Suele presentarse como desamparo.

7. VULNERABILIDAD AL DAÑO O ENFERMEDAD

Miedo exagerado de que una catástrofe inminente golpeará en cualquier momento y que uno será incapaz de impedirlo. Los temores se enfocan en uno o más de los siguientes aspectos: (A) catástrofes médicas (p. ej., infartos, SIDA); (B) catástrofes emocionales (p. ej., volverse loco); (C) catástrofes externas (p. ej., caída de elevadores, ser víctima de delincuentes, accidentes de aviación, temblores).

8. ENTRAMPAMIENTO O FALTA DE DESARROLLO DEL SÍ MISMO

Cercanía e involucramiento emocional excesivos con una o más personas allegadas (a menudo los padres) a expensas de la individuación plena o el desarrollo social normal. A menudo implica la creencia de que al menos uno de los individuos *entrampados* no puede sobrevivir o ser feliz sin el apoyo constante del otro. También puede incluir sentimientos de ser asfixiado o estar fusionado con otros o de una identidad individual insuficiente. A menudo incluye una sensación de vacío y de experimentar dificultades, de no tener dirección o, en casos extremos, se llega a cuestionar la propia existencia.

9. FRACASO

La creencia de que se ha fracasado, de que el fracaso es inevitable o de ser fundamentalmente inadecuado en relación con los pares en áreas de logro (escolar, profesional, deportiva, entre otros). A

menudo incluye creencias de que se es estúpido, inepto, incompetente, ignorante, de menor estatus, menos exitoso que otros, y así sucesivamente.

10. PRIVILEGIO/GRANDIOSIDAD

La creencia de que uno es superior a otras personas; que tiene derecho a privilegios y derechos especiales, o que no está obligado a seguir las reglas de reciprocidad que guían la interacción social. A menudo involucra la insistencia en poder hacer o tener lo que se desea sin importar lo que es realista, lo que otros consideran razonable o el costo para los demás; O una atención exagerada en la superioridad (p. ej., estar entre los más exitosos, famosos o ricos) como forma de obtener poder o control (no principalmente por atención o aprobación). En ocasiones incluye competitividad excesiva o dominio de los demás, afirmación del poder personal, imposición de su punto de vista o control de la conducta de otros para adecuarla a los propios deseos, sin empatía ni interés por las necesidades o sentimientos de los demás.

11. AUTOCONTROL O AUTODISCIPLINA INSUFICIENTES

Dificultad o negativa generalizada a ejercer el autocontrol y tolerancia a la frustración suficientes para alcanzar las metas personales, o para restringir la expresión excesiva de las emociones e impulsos. En su forma más leve, el paciente presenta un énfasis excesivo en evitar la incomodidad, el dolor, conflicto, confrontación, responsabilidad o esfuerzo excesivo, a expensas de la realización, compromiso o integridad personal.

12. SUBYUGACIÓN

Sometimiento excesivo al control de otros por sentirse forzado, usualmente para evitar el enojo, las represalias o el abandono. Las siguientes son dos formas importantes de subyugación:

A. *Subyugación de necesidades*: supresión de las preferencias, decisiones y deseos propios.

B. *Subyugación de la emoción:* supresión de la expresión emocional, en especial del enojo.

Por lo general involucra la percepción de que los deseos, opiniones y sentimientos propios no son válidos o importantes para los demás. Con frecuencia presenta una excesiva docilidad, combinada con hipersensibilidad a sentirse atrapado. Por lo general da lugar a la acumulación del enojo, que se manifiesta en síntomas desadaptados (p. ej., conducta pasiva-agresiva, estallidos no controlados de ira, síntomas psicosomáticos, retirada del afecto, mal comportamiento, abuso de sustancias).

13. AUTOSACRIFICIO

Atención excesiva a la satisfacción *voluntaria* de las necesidades de otros en situaciones cotidianas a expensas de la propia gratificación. Las razones más comunes son no causar dolor a otros, evitar la culpa de sentirse egoísta o mantener la conexión con personas a quienes se percibe como necesitadas. A menudo es resultado de una muy desarrollada sensibilidad al dolor de los demás. En ocasiones da lugar a la sensación de que las necesidades propias no se satisfacen adecuadamente y al resentimiento hacia quienes se encargan de ellas. (Se traslapa con el concepto de codependencia).

14. BÚSQUEDA DE APROBACIÓN Y RECONOCIMIENTO

Énfasis excesivo en obtener la aprobación, reconocimiento o atención de otras personas o de encajar con ellas, a expensas del desarrollo de un sentido seguro y verdadero de sí mismo. El sentido de autoestima depende más de las reacciones de otros que de las inclinaciones naturales de la persona. En ocasiones incluye un énfasis exagerado en estatus, apariencia, aceptación social, dinero o logros -como medio para obtener *aprobación, admiración o atención* (y no básicamente por poder o control). Con frecuencia da lugar a decisiones importantes que no son auténticas ni satisfactorias, o a una hipersensibilidad al rechazo.

15. NEGATIVISMO/PESIMISMO

Una atención permanente y generalizada en los aspectos negativos de la vida (dolor, muerte, pérdida, decepción, conflicto, culpa, resentimiento, problemas no resueltos, traición, cosas que podrían salir mal,

entre otros) a la vez que se minimizan o se ignoran los aspectos positivos u optimistas. Por lo regular incluye una expectativa exagerada -en una gran variedad de situaciones laborales, financieras o interpersonales- de que al final las cosas saldrán muy mal o de que aspectos de la vida que al parecer van bien a la larga se van a desmoronar. Usualmente involucra un temor excesivo de cometer errores que podrían llevar al colapso financiero, a la pérdida, a la humillación o a quedar atrapado en una mala situación. Dada la exageración de los resultados negativos potenciales, esos pacientes suelen caracterizarse por la preocupación, vigilancia, quejas o indecisión crónicas.

16. INHIBICIÓN EMOCIONAL

Es la inhibición excesiva de la acción, sentimiento o comunicación espontáneas, usualmente para evitar la desaprobación de otros, los sentimientos de vergüenza o la pérdida de control de los propios impulsos. Las áreas más comunes de inhibición incluyen: (A) supresión del enojo y agresión; (B) supresión de los impulsos positivos (p. ej., alegría, afecto, excitación sexual, juego); (C) dificultad para expresar vulnerabilidad o para comunicar con libertad los sentimientos, necesidades, entre otras; o (D) énfasis excesivo en la racionalidad a la vez que se ignoran las emociones.

17. ESTÁNDARES IMPLACABLES/CRÍTICA EXCESIVA

La creencia subyacente de que uno debe esforzarse por cumplir los muy altos estándares interiorizados de conducta y desempeño, usualmente para evitar la crítica. Por lo general da lugar a sentimientos de presión o dificultad para desacelerar y a una crítica excesiva hacia uno mismo y los demás. Debe involucrar un deterioro significativo en el placer, relajación, salud, autoestima, sentido de logro o relaciones satisfactorias. Los estándares implacables por lo general se presentan como: (A) *perfeccionismo*, atención excesiva al detalle o subestimación de lo bueno que es el desempeño propio en relación con la norma; (B) *reglas rígidas* y "debería" en muchas áreas de la vida, incluyendo preceptos morales, éticos, culturales o religiosos irrealmente altos; o (C) preocupación por el tiempo y la eficiencia de modo que pueda lograrse más.

18. PUNITIVIDAD

La creencia de que la gente debe ser duramente castigada por cometer errores. Involucra la tendencia a mostrarse enojado, intolerante, punitivo e impaciente con aquellas personas (incluyéndose) que no cumplen con las expectativas o estándares propios. Por lo regular incluye dificultad para perdonar los errores propios o de otros por la renuencia a considerar circunstancias atenuantes, permitir la imperfección humana o mostrar empatía con los sentimientos.

Figura 7-1. Esquemas tempranos desadaptados. Copyright 1999 por Jeffrey E. Young. Reproducido con autorización.

De acuerdo con Young, los esquemas tempranos desadaptados son (1) verdades *a priori* sobre uno mismo y, o sobre el ambiente; (2) se perpetúan y son resistentes al cambio; (3) disfuncionales; (4) a menudo son desencadenados por algún cambio ambiental (p. ej., la pérdida de un trabajo o una pareja); (5) cuando se activan están ligados a niveles afectivos elevados; y (6) como se mencionó, suelen ser resultado de una interacción del temperamento del niño con experiencias disfuncionales del desarrollo con familiares, cuidadores y pares (Young, 1990/1999). Young añade que cuando se activa un esquema temprano desadaptado también se activan recuerdos tempranos específicos, creencias centrales, emociones fuertes y reacciones fisiológicas. (En el modelo de Young,

las **creencias centrales** representan el componente cognitivo de los esquemas.[6])

Es probable que los esquemas tempranos desadaptados se desarrollen cuando el ambiente no satisface las necesidades principales de seguridad, estabilidad o predictibilidad, amor, cuidado y atención, aceptación y elogio, empatía, límites realistas y validación de los sentimientos y necesidades del niño. Cuando no se satisfacen sus necesidades principales, los niños suelen interiorizar actitudes y creencias que más tarde demuestran ser inadaptadas. Por ejemplo, un niño que recibe críticas repetidas puede desarrollar un esquema de fracaso, una sensación de que sin importar lo que haga, su desempeño jamás será lo bastante bueno.

Los esquemas por lo general ocurren fuera de la consciencia y pueden permanecer latentes hasta que son activados por algún suceso (p. ej., ser despedido del trabajo). En este ejemplo, una vez que se ha activado el esquema del fracaso, el paciente categoriza, selecciona y codifica la información de forma tal que se mantenga el esquema. Por consiguiente, los esquemas tempranos desadaptados predisponen a muchos pacientes deprimidos a distorsionar los hechos de una forma característica, lo que da lugar a una visión negativa de sí mismos, del ambiente y del futuro.

Se ha encontrado que el concepto de "modos de esquema" (Young *et al.,* 2003) resulta invaluable para comprender y modificar los pensamientos, sentimientos y conductas de los pacientes que presentan una gran cantidad de esquemas tempranos desadaptados, fuertes y profundamente arraigados, y de quienes afrontan sus esquemas mediante la rígida evitación de situaciones o por sobrecompensación. El modo de trabajo fortalece y desarrolla modos saludables y debilita los modos disfuncionales, aumentando por ende el control sobre la respuesta.

El concepto de modo de Young es similar al de un estado del yo. Se define al "modo" como "aquellos esquemas u operaciones de esquemas -adaptados o desadaptados- que se encuentran activos para un individuo" (Young *et al.,* 2003, p. 271). Los modos incluyen cualquier cosa que piense, sienta o haga un individuo en un momento dado, por lo que pueden considerarse como estados más que como rasgos. Un modo disfuncional es activado cuando determinados esquemas desadaptados han desatado emociones angustiantes, respuestas de evitación o conductas autodestructivas que en determinado momento toman el control del funcionamiento de un individuo. Un individuo puede "saltar" de un modo a otro, conforme ocurre ese cambio también se modifican las cogniciones, emociones y respuestas de afrontamiento de un individuo. Young y colaboradores han identificado cuatro modos principales: modos infantiles (figura 7-2a), modos de afrontamiento inadaptado (figura 7-2b), modos parentales disfuncionales (figura 7-2c) y el modo adulto sano. El modo adulto sano es la parte adulta sana del yo que cumple una función "ejecutiva" en relación con los otros modos. El adulto sano ayuda a satisfacer las necesidades emocionales básicas del niño. La meta general de la terapia centrada en los esquemas es construir y fortalecer al adulto sano del paciente para trabajar con los otros modos en forma más efectiva (Young *et al.,* 2003, p. 277).

Modo niño	Descripción	Esquemas asociados comunes

Niño vulnerable	Experimenta afecto disfórico o ansioso, en especial miedo, tristeza y desamparo cuando entra "en contacto" con los esquemas asociados.	Abandono, desconfianza/abuso, privación emocional, imperfección/vergüenza, aislamiento social/alienación, dependencia/incompetencia, vulnerabilidad al daño o la enfermedad, ataduras o falta de desarrollo del sí mismo, negatividad y pesimismo.
Niño enojado	Descarga su enojo directamente en respuesta a la percepción de que no se han satisfecho necesidades centrales o de un trato injusto en relación con los esquemas centrales.	Abandono, desconfianza/abuso, privación emocional, subyugación (o, en ocasiones, cualquiera de los esquemas asociados con el niño vulnerable).
Niño impulsivo e indisciplinado	Actúa impulsivamente de acuerdo con los deseos inmediatos de placer sin considerar los límites o las necesidades o sentimientos de otros (no está ligado con necesidades centrales).	Privilegio/grandiosidad, autocontrol o autodisciplina insuficientes.
Niño feliz	Se siente amado, conectado, contento y satisfecho.	Ninguno. No hay esquemas activados.

Figura 7-2A. Modos niño. Tomado de Young, Klosko y Weishaar (2003). Copyright 2003 de The Guilford Press. Reproducido con autorización.

Modos desadaptados de afrontamiento	**Descripción**
Sometimiento sumiso	Adopta un estilo de afrontamiento de sumisión y dependencia.
Protector desapegado	Adopta un estilo de afrontamiento de retraimiento emocional, desconexión, aislamiento y evitación conductual.
Sobrecompensador	Adopta un estilo de afrontamiento de contraataque y control. Puede sobrecompensar por medios semiadaptados como la adicción al trabajo.

Figura 7-2B. Modos desadaptados de afrontamiento. Tomado de Young, Klosko y Weishaar (2003). Copyright 2003 de The Guilford Press. Reproducido con autorización.

Modo parental disfuncional	**Descripción**	**Esquemas asociados comunes**
Padre	Restringe, critica o castiga al sí mismo o a otros.	Subyugación, punitividad,

punitivo y crítico		imperfección/vergüenza, desconfianza/abuso (como abusador).
Padre demandante	Establece altas expectativas y un nivel elevado de responsabilidad hacia los demás; para alcanzarlas presiona a sí mismo o a otros.	Estándares implacables, autosacrificio.

Figura 7-2C. Modos parentales disfuncionales. Tomado de Young, Klosko y Weishaar (2003). Copyright 2003 de The Guilford Press. Reproducido con autorización.

Investigación relacionada con la teoría de los esquemas

Una cantidad importante de investigaciones han examinado los 18 esquemas tempranos desadaptados medidos por el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ; Young, 2005). Si bien los resultados son un tanto distintos en diferentes poblaciones, los 18 esquemas por lo general han sido apoyados (Lee, Taylor y Dunn, 1999; Schmidt, 1994; Schmidt, Joiner, Young y Telch, 1995).

Numerosos estudios han revisado los esquemas tempranos desadaptados en pacientes deprimidos. Hawke y Provencher (2011) realizaron una excelente revisión de la investigación sobre dichos esquemas tanto en los trastornos del estado de ánimo (Bailleux, Romo, Kindynis, Radchenko y Debray, 2008; Halvorsen *et al.,* 2009; Halvorsen, Wang, Eisemann y Waterloo, 2010; Riso *et al.,* 2003, 2006; Wang, Halvorsen, Eisemann y Waterloo, 2010) como en los trastornos de ansiedad. Cuando se compara a pacientes deprimidos con controles que jamás han estado enfermos se hacen evidentes elevaciones en la mayoría, si no es que en todos, los dominios de los esquemas. En un estudio que comparó específicamente los esquemas tempranos desadaptados en pacientes con depresión crónica, depresión no crónica y controles sanos, Riso y colaboradores (2003) encontraron que los dos grupos deprimidos obtuvieron puntuaciones más altas en todos los dominios de esquemas, en comparación con los controles sanos. Sin embargo, las puntuaciones del grupo con depresión crónica fueron más elevadas en los esquemas correspondientes a los dominios de desconexión y rechazo, afectaciones en la autonomía y el desempeño e hipervigilancia, incluso cuando los investigadores controlaban los síntomas depresivos y del trastorno de personalidad. Hawke y Provencher (2011, p. 261) advierten: "Esto sugiere que la depresión crónica tiene una asociación más fuerte con los esquemas tempranos desadaptados que la forma no crónica, y que esta asociación no es simplemente una función de los síntomas depresivos actuales o del Eje II".

Renner y colaboradores (2012) también encontraron que los esquemas tempranos desadaptados, en particular los correspondientes a los dominios de desconexión y rechazo y afectaciones a la autonomía y el desempeño, se relacionan con la gravedad de los síntomas depresivos. Advierten que, en consonancia con la teoría de Beck, "esos

hallazgos son congruentes con el modelo cognitivo de la depresión, y coloca a los esquemas o creencias centrales en los dominios de fracaso, pérdida e inutilidad en el centro de los síntomas depresivos" (p. 587). En su examen de la solidez de los esquemas tempranos desadaptados con tratamientos para la depresión con base en la evidencia (terapia cognitivo-conductual y terapia interpersonal [IPT] con y sin medicamentos), encontraron que los esquemas tempranos desadaptados se mantenían relativamente estables al paso del tiempo (antes y después del tratamiento). Este hallazgo coincide con la idea de Young y colaboradores (2003) de que estos esquemas son creencias estables, similares a rasgos, que se mantienen incluso después del tratamiento exitoso de los síntomas del Eje I. De acuerdo con el modelo de los esquemas, esos resultados no deberían ser sorprendentes toda vez que ninguno de los tratamientos usados en este estudio tenían como objetivo específico la modificación de los esquemas tempranos desadaptados.

En un estudio más reciente, Eberhart, Auerbach, Bigda-Peyton y Abela (2011) examinaron el impacto de los esquemas tempranos desadaptados y el estrés en los síntomas depresivos, para lo cual compararon dos modelos del estrés: diátesis-estrés y generación del estrés. El modelo de diátesis-estrés plantea que los esquemas tempranos desadaptados sólo crean vulnerabilidad a la depresión cuando interactúan con altos niveles de estresores. El modelo de generación del estrés propone que los esquemas tempranos desadaptados son fundamentales en la creación de condiciones estresantes que pueden aumentar la depresión. Los resultados apoyaron la hipótesis de generación del estrés. Los investigadores advirtieron que:

Una serie de esquemas desadaptados en los dominios de desconexión y rechazo, afectaciones a la autonomía y el desempeño y dirección de otros predecían la generación de estresores dependientes interpersonales, los cuales anticipaban a su vez incrementos en los síntomas depresivos. Además, se encontró evidencia de que esos estresores mediaban las relaciones entre esquemas desadaptados y síntomas depresivos. En particular, se observaron efectos de mediación para los esquemas de subyugación, de fracaso y varios esquemas relacionados con desconexión y rechazo" (p. 96). Esta investigación destaca la importancia de enfocarse en los esquemas tempranos desadaptados en el tratamiento de la depresión crónica.

En las siguientes secciones se presenta información sobre las características generales y la naturaleza de la terapia cognitiva, una exposición del proceso de la terapia cognitiva y, al final, dos casos que ilustran la terapia cognitiva en acción. El paciente del primer caso exhibía una forma no crónica de depresión y fue tratado con terapia cognitiva "estándar" (tal como se describió originalmente en el libro de Beck *et al.,* 1979), la cual se caracteriza por pretender cambiar el pensamiento depresivo en el presente. El paciente del segundo caso presentaba una depresión crónica y fue tratado con las terapias cognitiva y de esquemas. En este caso, el propósito de la terapia centrada en los esquemas consiste en identificar y modificar los esquemas subyacentes del paciente a través del modo de trabajo.

CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA

La terapia cognitiva para tratar la depresión en pacientes ambulatorios adultos por lo general se lleva a cabo en el consultorio del terapeuta. Si bien su aplicación más frecuente ha sido en un formato individual, el formato grupal también ha demostrado ser exitoso con muchos pacientes ambulatorios deprimidos (Beutler *et al.,* 1987; Jarrett y Nelson, 1987), aunque quizá no sea tan eficaz como el tratamiento individual (Wierzbicki y Bartlett, 1987). También se ha demostrado la efectividad de la terapia cognitiva asistida por computadora para la depresión (sesiones de 50 minutos contra sesiones de 25 con la ayuda de la computadora) (Wright *et al.,* 2005). No es inusual que se involucre en el tratamiento a los cónyuges, parejas, padres y otros miembros de la familia. Por ejemplo, ellos pueden ofrecer información que ayude a los pacientes a probar la validez de su pensamiento respecto con la forma en que son vistos por otros miembros de la familia. Además, la terapia de pareja con base en el modelo cognitivo suele ser muy efectiva para aliviar la depresión relacionada con problemas interpersonales crónicos (Beck, 1980; O'Leary y Beach, 1990).

De la experiencia clínica se desprende que una serie de características del terapeuta contribuyen a la efectividad de la terapia cognitiva. Primero, los terapeutas cognitivos idealmente deberían demostrar las habilidades "no específicas" de la terapia identificadas por otros autores (p. ej., Truax y Mitchell, 1971); es decir, deberían ser capaces de comunicar calidez, autenticidad, sinceridad y apertura. Segundo, los terapeutas cognitivos más efectivos parecen ser especialmente diestros para ver los sucesos desde las perspectivas de sus pacientes (empatía exacta). Son capaces de dejar a un lado sus suposiciones y sesgos personales mientras escuchan a sus pacientes deprimidos describir sus reacciones e interpretaciones. Tercero, los buenos terapeutas cognitivos pueden razonar de forma lógica y planear estrategias, no son pensadores "confusos". En este sentido se parecen a los buenos abogados penalistas capaces de detectar los defectos, a veces sutiles, en el razonamiento de otro individuo y generar con habilidad una interpretación más convincente de los mismos hechos. Los terapeutas cognitivos expertos planean estrategias varios pasos por adelantado, anticipando el resultado deseado.

Cuarto, los mejores profesionales de esta corriente son activos; se sienten cómodos cuando asumen el liderazgo, y pueden ofrecer estructura y dirección en el proceso de terapia.

Aunque se ha prestado cierta atención empírica a las características del paciente (Eifert, Beach y Wilson, 1998; Padesky, with Greenberger, 1995; Persons, Burns y Perloff, 1088; Shea *et al.,* 1990), no se cuenta aún con conocimiento adecuado de qué características se relacionan con el éxito de la terapia cognitiva. La experiencia sugiere que los pacientes con trastorno de depresión mayor (o con formas más leves de depresión) responden bien al método de la terapia cognitiva descrito en este capítulo. En el caso de que el paciente reciba un diagnóstico de un trastorno de personalidad del Eje II y, o que su depresión sea crónica, la combinación de las terapias cognitiva y de esquemas permitiría obtener una respuesta al tratamiento más completa y duradera y la duración de

dicha combinación puede ser significativamente mayor.

La terapia cognitiva cumple un importante papel como tratamiento complementario a la farmacoterapia en el caso de los trastornos bipolares (Ball *et al*., 2006; Basco y Rush, 1996; Colom, Vieta, Martinez, Jorquera y Gastó, 1998; Craighead, Miclowitz, Vajk y Frank, 1998; Lam, Hayward, Watkins, Wright y Sham, 2005; Scott, 1996b), y es eficaz en el tratamiento de pacientes con depresión endógena severa (Thase, Bowler y Harden, 1991; Whisman, 1993). Evidencia preliminar también sugiere que la terapia cognitiva es efectiva en el tratamiento de mujeres con depresión posparto (Biedsoe y Grote, 2006).

Es recomendable evaluar la idoneidad de los pacientes para la terapia cognitiva (Padesky, with Greenberg, 1995; Safran y Segal, 1990; Safran, Segal, Vallis, Shaw y Samstag, 1993). De acuerdo con la experiencia, ciertas características del paciente predicen una respuesta más rápida. Los pacientes "ideales" para la terapia cognitiva son apropiadamente introspectivos y capaces de razonar de forma abstracta; son bien organizados, buenos planificadores y meticulosos en el cumplimiento de sus responsabilidades; tienen empleo o una historia laboral; no están demasiado enojados consigo mismos o con otras personas; su pensamiento es menos dogmático y rígido; pueden identificar un suceso precipitante claro del episodio depresivo; y tienen relaciones cercanas con otros. La mayoría de los pacientes se desvían en ciertas formas de este prototipo y esas características no son esenciales para el éxito del tratamiento. Sin embargo, los pacientes que poseen más de esos atributos suelen mostrar una mejoría más rápida de sus síntomas depresivos por medio de la terapia cognitiva.

La edad no es un obstáculo. Los pacientes de todo el ciclo de vida parecen beneficiarse de la terapia cognitiva (Beutler *et al.,* 1987; Floyd, Scogin, McKendree-Smith, Floyd y Rokke, 2004; Gallagher-Thompson, Hanley-Peterson y Thompson, 1990; Harrington, Wood y Verduyn, 1998; Koder, Brodaty y Anstey, 1996; Levendusky y Hufford, 1997; Reinecke, Ryan y DuBois, 1998). Muchos estudios han indicado que niños y adolescentes exhiben una mejoría clínica significativa luego de la terapia cognitivo-conductual (Curry, 2001). Estudios con pacientes mayores muestran que "diversas formas de psicoterapia cognitiva y conductual pueden ser tan efectivas para tratar la depresión geriátrica como la depresión que ocurre más temprano en la vida" (Futterman, Thompson, Gallagher-Thompson y Ferris, 1995, p. 511).

COLABORACIÓN

La relación colaborativa entre paciente y terapeuta resulta fundamental para la terapia cognitiva. Cuando terapeuta y paciente trabajan juntos, la experiencia de aprendizaje mejora para ambos y el espíritu de colaboración que se desarrolla contribuye en gran medida al proceso terapéutico. De igual importancia, el enfoque colaborativo ayuda a asegurar metas compatibles para el tratamiento y a prevenir malos entendidos y malas interpretaciones entre paciente y terapeuta. Debido a la importancia de la relación colaborativa, se hace énfasis en las habilidades interpersonales del terapeuta, el proceso de selección conjunta de los problemas en que debe trabajarse, la retroalimentación regular y el proceso de investigación al que se llama "empirismo colaborativo".

Cualidades interpersonales

Dado que la colaboración requiere que el paciente confíe en el terapeuta, destacamos aquellas cualidades interpersonales que contribuyen a la confianza. Como se mencionó, la calidez, empatía exacta y autenticidad son cualidades personales deseables no sólo en el terapeuta cognitivo sino en todos los terapeutas. Es importante que el terapeuta cognitivo no parezca estar desempeñando el papel de terapeuta; debe ser capaz de comunicar de manera verbal y no verbal que es sincero, abierto, interesado y directo. También es importante que no parezca que el terapeuta se guarda impresiones o información o que evade las preguntas. Debe tener cuidado de no dar la impresión de que critica o desaprueba la perspectiva del paciente.

En el tratamiento de pacientes deprimidos resulta crucial el rapport entre paciente y terapeuta.

Cuando el rapport es óptimo, los pacientes perciben al terapeuta como alguien en sintonía con sus sentimientos y actitudes, como un individuo compasivo y comprensivo con el que pueden comunicarse sin tener que expresar sus sentimientos en declaraciones detalladas o moderadas. Cuando el rapport es bueno, paciente y terapeuta se sienten cómodos y seguros.

En la terapia cognitiva también es importante un estilo profesional seguro. El terapeuta debe transmitir una confianza relajada en su capacidad para ayudar a un paciente deprimido. Esa confianza contribuye a contrarrestar la desesperanza inicial del paciente sobre el futuro. Dado que en ocasiones el terapeuta cognitivo debe ser directivo e imponer estructura, sobre todo en las etapas iniciales del tratamiento, resulta útil que mantenga un sentido claro de profesionalismo.

Determinación conjunta de las metas de la terapia

Paciente y terapeuta trabajan en colaboración para establecer las metas terapéuticas, establecer prioridades entre ellas y crear una agenda para cada sesión. Los problemas que deben abordarse en el curso de la terapia incluyen síntomas depresivos específicos (p. ej., desesperanza, llanto y dificultad para concentrarse) y problemas externos (p. ej.,

dificultades de pareja, problemas profesionales, preocupaciones por la crianza de los hijos). Las prioridades se establecen de manera conjunta de acuerdo con el nivel de malestar que genera un problema particular y a la susceptibilidad al cambio de ese problema particular. En la parte en que se establece la agenda de cada sesión de terapia (que se revisa en detalle en la siguiente sección), terapeuta y paciente definen juntos los elementos que deben cubrirse en esa sesión. Durante este proceso colaborativo, los problemas objetivo se seleccionan de manera semanal.

El proceso de selección de problemas a menudo presenta dificultades para el terapeuta cognitivo novato, entre estos se encuentran la imposibilidad de llegar a un acuerdo sobre los problemas específicos en que deben concentrarse, la selección de preocupaciones periféricas y la tendencia a pasar de problema a problema en lugar de persistir en la búsqueda de una solución satisfactoria a un único problema a la vez. Como el proceso de selección de problemas conlleva estructuración y colaboración por parte del terapeuta, se requiere de una habilidad considerable.

Retroalimentación regular

La retroalimentación es especialmente importante en la terapia con pacientes deprimidos; es un ingrediente crucial para desarrollar y conservar la relación terapéutica colaborativa. El terapeuta cognitivo inicia el componente de retroalimentación al inicio de la terapia, para ello extrae los pensamientos y sentimientos del paciente sobre muchos aspectos de la misma, como el manejo de un problema particular, el estilo del terapeuta y la asignación de tareas. Como muchos pacientes malinterpretan las afirmaciones y preguntas del terapeuta, la retroalimentación regular es el único medio por el que puede confirmar si él y el paciente se encuentran en la misma "frecuencia". El terapeuta también debe estar alerta a las señales verbales y no verbales de reacciones negativas encubiertas.

Como parte del proceso de retroalimentación regular, el terapeuta cognitivo comparte la lógica de cada intervención. Esto ayuda a desmitificar el proceso de terapia y hace más fácil para el paciente cuestionar la validez de un enfoque particular. Además, es más probable que un paciente participe de manera consciente cuando entiende cómo puede ayudar una determinada técnica o tarea a resolver un problema de su vida.

Otro elemento clave del proceso de retroalimentación es que el terapeuta haga verificaciones regulares para comprobar si el paciente entiende sus planteamientos. En ocasiones los pacientes se muestran de acuerdo con un enunciado por simple acatamiento, y es frecuente que los pacientes deprimidos se muestren conformes y renuentes a "hablar de manera directa" con su terapeuta por temor al rechazo, la critica o a cometer un error. Por consiguiente, el terapeuta debe hacer un esfuerzo adicional por provocar los sentimientos o deseos del paciente que sean relevantes para la conformidad (p. ej., ansiedad por el rechazo, deseo de complacer) y estar alerta a las señales verbales y no verbales de que el paciente en realidad no entiende las explicaciones.

Al final de cada sesión, el terapeuta cognitivo hace un resumen conciso de lo que sucedió en la misma y pide al paciente que sintetice y anote los puntos principales de la

sesión. El paciente guarda este resumen para revisarlo durante la semana. En la práctica, el terapeuta usa con frecuencia resúmenes durante una entrevista terapéutica estándar: en la preparación de la agenda, en una recapitulación del material revisado hasta ese punto, y en el resumen final de los puntos principales de la entrevista. Los pacientes por lo general responden de manera favorable a la obtención de retroalimentación y la presentación de los resúmenes. Hemos observado que esas técnicas facilitan el desarrollo de empatía y rapport.

Empirismo colaborativo

Cuando se establece con éxito la relación terapéutica colaborativa, paciente y terapeuta actúan como un equipo de investigación. Aunque más adelante se abordará en el proceso de investigación, es apropiado introducirlo en el contexto de una relación colaborativa.

Como equipo, paciente y terapeuta se aproximan a los pensamientos automáticos y los esquemas del paciente de la misma manera que los científicos se acercan a las preguntas: cada pensamiento o esquema se convierte en una hipótesis que debe ponerse a prueba, y se recaba evidencia que la apoya o la refuta. Los sucesos del pasado, las circunstancias del presente y las posibilidades del futuro son los datos que constituyen la evidencia, y la conclusión de aceptar o rechazar la hipótesis se alcanza de manera conjunta a medida que paciente y terapeuta someten la evidencia a análisis lógico. También pueden idearse experimentos para probar la validez de ciertas cogniciones. Los terapeutas cognitivos no necesitan persuadir a los pacientes de la falta de lógica o la inconsistencia con la realidad porque estos "descubren" sus propias inconsistencias. Este proceso guiado de descubrimiento, un método educativo de gran aceptación, es uno de los componentes fundamentales de la terapia cognitiva.

PROCESO DE LA TERAPIA COGNITIVA

En esta sección se muestra cómo se estructuran las sesiones de la terapia cognitiva y cómo se da el curso del tratamiento, seguida de una revisión detallada de las técnicas particulares.

Sesiones iniciales

Una meta terapéutica importante de las primeras sesiones es generar algo de alivio de los síntomas. Reducir el sufrimiento del paciente contribuye a incrementar el rapport, la colaboración y la confianza en el proceso terapéutico. Sin embargo, el alivio de los síntomas debe tener fundamento en algo más que el rapport, la compasión y la promesa implícita de una "cura". En las primeras sesiones el terapeuta cognitivo empieza el proceso de definir los problemas del paciente y de demostrar algunas de las estrategias que serán utilizadas en la terapia para lidiar con esos problemas.

La definición del problema es una de las metas principales en las etapas iniciales de la terapia. El terapeuta colabora con el paciente para definir los problemas específicos en que se enfocarán durante las sesiones del tratamiento. Para conseguirlo, la terapia cognitiva obtiene una imagen, tan completa como sea posible, de las dificultades psicológicas y las situaciones de la vida del paciente. El terapeuta busca además detalles que conciernen a la profundidad de la depresión y la sintomatología particular. Un interés primordial de los terapeutas cognitivos es conocer cómo ven los pacientes sus problemas.

Una vez que se han definido los problemas específicos, paciente y terapeuta establecen prioridades entre ellos. Las decisiones se toman con base en la susceptibilidad al cambio terapéutico y la importancia del problema o cognición para el malestar emocional del paciente. Para contribuir al establecimiento eficiente de las prioridades, el terapeuta debe ver las relaciones entre pensamientos particulares, situaciones particulares y emociones angustiantes particulares.

Otra meta de la sesión inicial es ilustrar la estrecha relación entre cognición y emoción. Cuando el terapeuta puede observar un cambio en el estado de ánimo del paciente (p. ej., llanto), señala la alteración en el afecto y le pregunta al paciente en qué pensaba justo antes del cambio en el estado de ánimo. El terapeuta etiqueta luego el pensamiento negativo y señala su relación con el cambio en el estado de ánimo. Al principio orienta las tareas asignadas para ayudar al paciente a ver la estrecha conexión entre cognición y emoción.

Un requisito frecuente en la etapa inicial de la terapia es socializar con el paciente la terapia cognitiva. Un paciente que previamente recibió terapia con orientación analítica o rogeriana puede empezar la terapia cognitiva con la expectativa de un enfoque terapéutico no directivo y más orientado al insight. Para facilitar la transición a un enfoque más activo y estructurado el terapeuta cognitivo mantiene una postura orientada al problema, lo que a menudo conlleva interrumpir gentilmente a un paciente que tiende a especular sobre las fuentes de sus problemas y a buscar interpretaciones del terapeuta.

Por último, durante la sesión inicial el terapeuta debe comunicar la importancia de las

tareas de autoayuda, para ello debe subrayar que el cumplimiento de las tareas es en realidad más importante que la sesión de terapia en sí. El terapeuta también puede mejorar la motivación explicando que los pacientes que realizan las tareas por lo general mejoran con mayor rapidez. En una sección posterior de este capítulo se considera con mayor detalle la naturaleza e implementación de la asignación de las tareas de autoayuda.

Progreso de una sesión típica de la terapia

Cada sesión empieza con el establecimiento de una agenda para esa sesión. Esto garantiza el uso óptimo del tiempo en un plazo relativamente corto en un enfoque terapéutico de solución de problemas. La agenda por lo general comienza con una breve sinopsis de las experiencias del paciente desde la sesión anterior, e incluye la revisión de la tarea asignada. El terapeuta pregunta luego al paciente en qué desea trabajar durante la sesión y a menudo sugiere la inclusión de ciertos temas.

Cuando se ha completado una lista breve de problemas y temas, paciente y terapeuta deciden el orden en que serán cubiertos y, de ser necesario, el tiempo que debe asignarse a cada uno. Al establecer las prioridades deben considerarse varias cuestiones, incluyendo la etapa de la terapia, gravedad de la depresión, probabilidad de progresar en la solución del problema, y generalidad potencial del efecto de un tema particular. El terapeuta cognitivo es sensible al deseo ocasional de un paciente de hablar sobre algo que le parece importante en ese momento, incluso si dicha discusión no parece ser productiva en términos de otras metas. La relación terapéutica colaborativa se caracteriza por este tipo de flexibilidad.

Después de haber resuelto esas cuestiones preliminares, paciente y terapeuta avanzan al problema o los dos problemas que deben considerarse durante la sesión. Para iniciar la discusión de un problema, el terapeuta hace al paciente una serie de preguntas diseñadas para aclarar la naturaleza de sus dificultades. Al hacerlo, el terapeuta intenta determinar si están involucrados esquemas desadaptados, malas interpretaciones de sucesos o expectativas poco realistas; también pretende descubrir si el paciente tuvo expectativas poco realistas, si su conducta fue apropiada y si se consideraron todas las posibles soluciones al problema. Las respuestas del paciente sugieren al terapeuta una conceptualización cognitivo-conductual de la razón de sus dificultades en el área de interés. Para este momento, el terapeuta habrá discernido uno o dos pensamientos, esquemas, imágenes o conductas significativas en las cuales trabajar. Una vez que se ha seleccionado este problema objetivo, el terapeuta elige qué técnicas cognitivas o conductuales puede aplicar y comparte su lógica con el paciente. En las siguientes secciones del capítulo se explican las técnicas específicas que se utilizan en la terapia cognitiva.

En el cierre de la sesión, el terapeuta pide al paciente que haga un resumen, a menudo por escrito, de las principales conclusiones a las que se llegó durante la sesión. El terapeuta pregunta las reacciones del paciente a la sesión para verificar si se dijo algo que lo alterara y para prevenir cualquier reacción negativa posterior a la entrevista. Por último, el terapeuta asigna una tarea diseñada para ayudar al paciente a aplicar al

problema las habilidades y conceptos revisados en la sesión durante la semana siguiente.

Evolución del contenido de la sesión a lo largo del tiempo

Si bien no se modifica la estructura de las sesiones de la terapia cognitiva en el curso del tratamiento, el contenido suele cambiar de forma significativa. La primera fase del tratamiento, la disminución de los síntomas, se enfoca en superar la desesperanza, identificar los problemas, establecer prioridades, informar al paciente sobre la terapia cognitiva, establecer una relación de colaboración, demostrar la relación entre cognición y emoción, etiquetar errores del pensamiento y progresar en un problema objetivo. En un inicio la terapia se centra en los síntomas del paciente y se presta atención a las dificultades conductuales y motivacionales.

En la segunda fase, que se concentra en cambiar los esquemas para la prevención de recaídas y casos crónicos, terapeuta y paciente pasan de pensamientos específicos sobre problemas particulares a esquemas centrales sobre el sí mismo y los demás, y a los modos asociados con esos esquemas. Terapeuta y paciente exploran la forma en que esquemas y modos inician, exacerban y mantienen muchos de los problemas del paciente; luego trabajan en colaboración para reestructurar y modificar los esquemas y los modos por medio de diversas técnicas, lo cual, a la larga, trae consigo una mejoría más amplia y más generalizada en el funcionamiento y el estado de ánimo.

En el curso de la terapia, el paciente asume una responsabilidad cada vez mayor en la identificación de los problemas, la propuesta de soluciones y la puesta en práctica de las mismas por medio de tareas asignadas. A medida que el paciente aprende a poner en marcha las técnicas terapéuticas sin el apoyo constante del terapeuta, éste asume cada vez más el papel de consejero o asesor. Conforme aumenta la eficacia del paciente en la solución de problemas, se reduce la frecuencia de las sesiones y a la larga se descontinúa la terapia.

El resto de este capítulo se dedica a hacer una descripción detallada de las estrategias cognitivas y basadas en esquemas.

Técnicas conductuales

En el curso de la terapia cognitiva se emplean técnicas conductuales, aunque por lo general se concentran en las primeras etapas del tratamiento. Las técnicas conductuales son especialmente necesarias para los pacientes gravemente deprimidos que son pasivos, anhedónicos, socialmente retraídos e incapaces de concentrarse por periodos prolongados. Al atraer así la atención e interés del paciente, el terapeuta cognitivo trata de llevarlo a contrarrestar el retraimiento y a participar más en una actividad constructiva.

De una variedad de técnicas conductuales el terapeuta selecciona las que pueden ayudar al paciente a afrontar de manera más efectiva los problemas situacionales e interpersonales. Por medio de las tareas asignadas, el paciente pone en práctica procedimientos específicos para lidiar con situaciones concretas o para hacer un uso más adaptado del tiempo.

El terapeuta cognitivo usa las técnicas conductuales con la meta de modificar los pensamientos automáticos. Por ejemplo, un paciente que cree que "no puede hacer nada más" puede modificar este pensamiento después de realizar una serie de tareas diseñadas de forma gradual para aumentar el dominio. El paciente con depresión grave se encuentra atrapado en un círculo vicioso en que los menores niveles de actividad lo llevan a asignarse una etiqueta negativa, lo que a su vez aumenta el desaliento y la inactividad consecuente. La intervención con técnicas conductuales puede cambiar este patrón autodestructivo.

Las técnicas conductuales de uso más común incluyen programación de actividades con ejercicios de dominio y placer, ensayo cognitivo, entrenamiento para la autosuficiencia, juego de roles y técnicas de diversión. La programación de actividades se usa a menudo en las primeras etapas de la terapia cognitiva para contrarrestar la pérdida de motivación, desesperanza y rumiación excesiva. El terapeuta usa el Programa de Actividades Semanales para planear las actividades hora por hora, día por día (figura 7-3). Los pacientes llevan un registro por hora de las actividades en que participan. La programación de actividades también ayuda a los pacientes a obtener cada día más placer y mayor sentido de logro de las actividades. El paciente califica el dominio y el placer de cada actividad completada (usando una escala de 0 a 10 puntos). Las calificaciones usualmente contradicen las creencias de los pacientes de que ya no pueden lograr o disfrutar de nada.

Nota: califique de 0 a 10 el dominio (D) y placer (P) de las actividades

		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana	6–7							
	7–8							
	8–9							
	9–10							
	10–11							
	11–12							
Tarde	12–1							
	1–2							
	2–3							
	3–4							
	4–5							
	5–6							
Noche	6–7							
	7–8							
	8–9							
	9–10							
	10–11							
	11–12							
	12–6							

Figura 7-3. Programa de actividades.

Para ayudar a los pacientes en el inicio de actividades de dominio y placer, en ocasiones el terapeuta decide que es necesario subdividir una actividad en segmentos, que van de los aspectos más simples a los más difíciles y complejos de la actividad. A esto se le denomina aproximación a la "tarea graduada". La subdivisión permite a los pacientes deprimidos iniciar actividades que en principio les resultaban imposibles, proporcionando así una prueba de éxito.

El ensayo cognitivo implica pedir al paciente que describa o imagine cada paso involucrado en la realización de una tarea particular. Esta técnica puede ser especialmente útil con aquellos pacientes a quienes les resulta difícil emprender una tarea cuya realización requiere sucesión de pasos. En ocasiones el deterioro en la capacidad para concentrarse hace difícil que el paciente ponga su atención en la tarea específica. La imaginería ayuda al paciente a concentrarse y al terapeuta a identificar los obstáculos que le dificultan la tarea a un determinado paciente.

Algunos pacientes deprimidos dependen de que otros se hagan cargo de la mayor parte de sus necesidades diarias. Con el entrenamiento para la autosuficiencia los pacientes

aprenden a asumir una mayor responsabilidad de actividades rutinarias como ducharse, hacer su cama, limpiar la casa, cocinar sus alimentos y hacer las compras. La autosuficiencia involucra adquirir un mayor control de sus reacciones emocionales.

El juego de roles tiene muchos usos en la terapia cognitiva. Primero, puede usarse para suscitar pensamientos automáticos por medio de la recreación de determinadas situaciones interpersonales, como un encuentro con un supervisor en el trabajo. Segundo, por medio de la asignación de tareas también puede orientar al paciente en la práctica y atención a nuevas respuestas cognitivas en encuentros sociales problemáticos. Un tercer uso del juego de roles es repasar nuevas conductas. Así, el juego de roles puede usarse como parte del entrenamiento de asertividad y a menudo es acompañado de modelamiento y entrenamiento.

La inversión de roles, una variación del juego de roles, puede ser muy eficaz para ayudar a los pacientes a probar cómo ven otras personas su conducta. Esto es bien ilustrado por una paciente que tuvo una "experiencia humillante" cuando compraba ropa en un almacén. Después de desempeñar el papel de la dependienta, la paciente tuvo que concluir que tenía datos insuficientes que apoyaran su conclusión anterior de que parecía torpe e inepta. Mediante la inversión de roles, los pacientes empiezan a verse con menos dureza a medida que se provocan respuestas "autocompasivas".

Por último, el terapeuta puede introducir varias técnicas de distracción para ayudar al paciente a aprender a disminuir la intensidad de los afectos dolorosos. El paciente aprende a distraerse del pensamiento negativo por medio de la actividad física, contacto social, trabajo, juego y la imaginería visual. La práctica con técnicas de diversión puede ayudar al paciente a adquirir mayor control de la reactividad emocional.

Técnicas cognitivas

Las técnicas cognitivas específicas proporcionan puntos de entrada a la organización cognitiva del paciente. El terapeuta cognitivo usa técnicas para provocar y poner a prueba los pensamientos automáticos y para identificar los esquemas, esto ayuda a terapeuta y paciente a entender la construcción de la realidad del paciente. Al aplicar a la terapia técnicas cognitivas específicas es importante que el terapeuta trabaje en el marco del modelo cognitivo de la depresión. Cada conjunto de técnicas se revisa uno por uno.

Elicitar pensamientos automáticos

Los **pensamientos automáticos** son los que intervienen entre los sucesos externos y las reacciones emocionales ante ellos. Suelen pasar inadvertidos porque forman parte del patrón repetitivo de pensamiento y porque ocurren con mucha frecuencia y gran rapidez. La gente rara vez se detiene a evaluar su validez porque son creíbles, familiares y habituales. En la terapia cognitiva el paciente debe aprender a reconocer esos pensamientos automáticos para que el tratamiento continúe de manera efectiva. El terapeuta cognitivo y el paciente hacen un esfuerzo conjunto para descubrir los pensamientos particulares que preceden a emociones como enojo, tristeza y ansiedad. El terapeuta usa el cuestionamiento, la imaginería y el juego de roles para provocar los

pensamientos automáticos.

El método más sencillo para descubrir los pensamientos automáticos es que los terapeutas pregunten a los pacientes qué pensamientos pasan por su mente en respuesta a sucesos particulares. Este interrogatorio proporciona un modelo para la exploración introspectiva que los pacientes pueden usar por sí mismos, cuando el terapeuta no está presente, y después de completar el tratamiento.

De manera alternativa, cuando un paciente es capaz de identificar los hechos y situaciones externas que provocan una respuesta emocional particular, el terapeuta puede usar la imaginería pidiendo al paciente que se imagine la situación en detalle. Cuando la imagen evocada es clara, el paciente suele ser capaz de identificar los pensamientos automáticos conectados con situaciones reales. En esta técnica, los terapeutas le piden a los pacientes que se relajen, cierren los ojos y se imaginen en la situación angustiante. Los pacientes describen en detalle lo que sucede mientras reviven el suceso.

Si el suceso angustiante es de tipo interpersonal, los terapeutas cognitivos también pueden utilizar el juego de roles. En el encuentro, los terapeutas desempeñan el papel de la otra persona mientras que el paciente se representa a sí mismo. Cuando el paciente se involucra lo suficiente en el juego de roles, es común que se provoquen los pensamientos automáticos.

Mientras intenta provocar los pensamientos automáticos, el terapeuta tiene cuidado de advertir y señalar cualquier cambio en el estado de ánimo que ocurra durante la sesión, y en lo que pensaba el paciente justo antes del cambio. Estos cambios incluyen cualquier reacción emocional, como lágrimas o enojo. La técnica puede ser especialmente útil cuando el paciente está aprendiendo a identificar los pensamientos automáticos.

Una vez que los pacientes se familiarizan con las técnicas para identificar los pensamientos automáticos, se les pide que lleven un Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales (Beck *et al.,* 1979; figura 7-4) donde registran las emociones y pensamientos automáticos que ocurren en situaciones molestas entre las sesiones de terapia. En las sesiones posteriores se enseña a los pacientes a desarrollar respuestas racionales a sus pensamientos automáticos disfuncionales y a registrarlos en la columna adecuada. Terapeuta y paciente por lo general revisan el registro diario de la semana anterior, cerca del inicio de la siguiente sesión de terapia. En las sesiones, el terapeuta también enseña a pacientes crónicos a reconocer los modos. Luego se utilizan diversos ejercicios afectivos para producir el cambio en los esquemas subyacentes que están asociados con esos modos.

FECHA	**SITUACIÓN** Describa: 1. El suceso real que dio lugar a la emoción desagradable	**EMOCIÓN (EMOCIONES)** 1. Especifique triste/ansioso/enojado, entre otras2. Califique el grado de emoción de 1 a 100	**PENSAMIENTO(S) AUTOMÁTICO(S)** 1. Anote el pensamiento o pensamientos automáticos que precedieron a las	**RESPUESTA RACIONAL** 1. Anote una respuesta racional a los pensamientos automáticos.	**RESULTA** 1. Califique nuevo, de 100%, su creencia los pensamie

	o 2. La corriente de pensamientos, ensoñaciones o recuerdos que condujo a la emoción desagradable.		emociones. 2. Califique de 0 a 100% su creencia en los pensamientos automáticos.	2. Califique de 0 a 100% su creencia en la respuesta racional.	automátic 2. Especifi y califiqu 0 a 100% las emocione subsecue
Explicación: Cuando experimente una emoción desagradable, anote la situación que al parecer la estir (Por favor, anote si la emoción ocurrió mientras usted pensaba, soñaba despierto, entre otros) Luego anc pensamiento automático asociado con la emoción, registre en qué medida cree usted en este pensamiento = nada en absoluto; 100% = por completo. Al calificar los grados de emoción, 1 = un atisbo; 100 = lo intensa posible.					

Figura 7-4. Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales

La provocación de pensamientos automáticos debe distinguirse del proceso de interpretación de otras psicoterapias. En general, los terapeutas cognitivos sólo trabajan con los pensamientos automáticos mencionados por los pacientes. Sugerir pensamientos a los participantes puede socavar la colaboración e inhibir su aprendizaje a continuar el proceso por sí mismos. Sin embargo, cuando las estrategias no directivas fracasan, el terapeuta cognitivo puede, como último recurso, ofrecer varios pensamientos automáticos posibles y preguntar luego al paciente si alguno de esas opciones coincide.

En ocasiones, el pensamiento permanece inaccesible a pesar de los esfuerzos del terapeuta por provocar los pensamientos automáticos. Cuando eso sucede, el terapeuta cognitivo intenta averiguar el significado particular del suceso que provocó la reacción emocional. Por ejemplo, una paciente empezaba a llorar cada vez que discutía con su compañera de cuarto, quien era una buena amiga. Los esfuerzos por provocar pensamientos automáticos fracasaron. Sólo después de que el terapeuta hizo una serie de preguntas para identificar el significado del suceso se hizo evidente que la paciente asociaba tener una discusión o una pelea con el fin de una relación. Por medio de este proceso terapeuta y paciente pudieron ver el significado que disparaba el llanto.

Prueba de los pensamientos automáticos en pacientes no crónicos

Cuando terapeuta y paciente han logrado aislar un pensamiento automático clave, se aproximan a él como una hipótesis que puede ponerse a prueba. En este enfoque "científico", que es fundamental para la terapia cognitiva, el paciente aprende a pensar de una forma parecida al proceso de investigación. A través de los procedimientos de obtención de datos, evaluación de la evidencia y extracción de conclusiones, los pacientes

aprenden de primera mano que su visión de la realidad puede ser muy diferente de lo que en realidad sucede. Al diseñar experimentos que someten a análisis objetivo sus pensamientos automáticos, los pacientes aprenden a modificarlos porque conocen el **proceso** de pensamiento empírico. Los pacientes que aprenden a pensar de esta manera durante el tratamiento están en mejores condiciones para continuar con el enfoque empírico después de terminar la terapia formal.

Para aproximarse a la prueba de los pensamientos automáticos, los terapeutas cognitivos piden al paciente que, a partir de su experiencia, haga una lista con la evidencia a favor y en contra de la hipótesis. En ocasiones, después de considerar la evidencia, el paciente rechaza de inmediato el pensamiento automático y reconoce que es distorsionado o realmente falso.

Cuando la experiencia previa no es suficiente o apropiada para probar una hipótesis, el terapeuta pide al paciente que diseñe un experimento con ese propósito. El paciente hace luego una predicción y procede a recabar los datos. Si los datos contradicen la predicción, el paciente puede rechazar el pensamiento automático. Por supuesto, el resultado del experimento puede confirmar la predicción del paciente. Por consiguiente, es muy importante que el terapeuta no **asuma** que el pensamiento automático del paciente está distorsionado.

Algunos pensamientos automáticos no se prestan para la prueba de hipótesis mediante el examen de la evidencia. En esos casos se cuenta con dos opciones: el terapeuta puede recabar evidencia de su propia experiencia y presentarla como una pregunta que revela la contradicción o puede hacer una pregunta diseñada para descubrir un error lógico, inherente a las creencias del paciente. Por ejemplo, el terapeuta podría decir a un paciente masculino que está seguro de que no puede sobrevivir sin una relación personal estrecha: "El año pasado estuvo solo y le fue bien, ¿qué le hace pensar que no puede lograrlo ahora?"

Al probar los pensamientos automáticos a veces es necesario afinar el uso que hace el paciente de una palabra. Esto es particularmente cierto para etiquetas generales como "malo", "estúpido" o "egoísta". Lo que se necesita en este caso es una definición operacional de la palabra. Para ilustrar lo anterior, un paciente de nuestra clínica tenía el pensamiento automático recurrente, "Voy a fracasar en matemáticas". Terapeuta y paciente tuvieron que reducir el significado de la palabra antes de poder poner a prueba el pensamiento. Operacionalizaron "fracasar" en matemáticas como "ser incapaz de obtener una calificación de C después de dedicar al estudio tanto tiempo como el integrante promedio del grupo". Ahora podían examinar la evidencia anterior y probar la validez de la hipótesis. Este proceso puede ayudar a los pacientes a ver la inclusión excesiva de las afirmaciones negativas sobre sí mismo y la naturaleza idiosincrásica de muchos pensamientos automáticos.

La reatribución es otra técnica útil para ayudar a los pacientes a rechazar un pensamiento inapropiado y autocrítico. Un patrón cognitivo común en la depresión es atribuirse la culpa o responsabilidad de los hechos adversos. La reatribución puede usarse cuando el paciente atribuye de forma no realista los sucesos adversos a una deficiencia

personal como la falta de habilidad o esfuerzo. Terapeuta y paciente revisan los hechos relevantes y aplican la lógica a la información disponible para asignar la responsabilidad de manera más realista. El propósito de la reatribución no es absolver al paciente de toda responsabilidad sino examinar los muchos factores que contribuyen a los sucesos adversos. Por medio de este proceso, los pacientes ganan objetividad, se alivian de la carga del autorreproche y pueden buscar formas de resolver problemas reales o impedir su recurrencia.

Otra estrategia que involucra la reatribución consiste en que el terapeuta demuestre que los criterios que usan los pacientes para asignar la responsabilidad a su propia conducta insatisfactoria son más estrictos que los criterios que emplean al evaluar la conducta de otros. Los terapeutas cognitivos también usan la reatribución para demostrar a los pacientes que algunos de sus problemas de pensamiento o conducta pueden ser síntomas de depresión (p. ej., pérdida de concentración) y no señales de deterioro físico.

Cuando un paciente identifica con precisión un problema real o un déficit de habilidades, el terapeuta cognitivo puede usar la técnica de generación de alternativas, donde junto con el paciente busca activamente soluciones alternativas. Como el razonamiento de una persona deprimida a menudo se vuelve restringido, el esfuerzo por reconceptualizar el problema puede dar lugar a que el paciente vea una solución viable que previamente había rechazado.

Debe señalarse que todas las técnicas cognitivas que aquí se describen conllevan el uso de preguntas del terapeuta. Un error que se observa en terapeutas cognitivos novatos es un estilo de exhortación. Se ha descubierto que los terapeutas ayudan mejor a los pacientes a cambiar su pensamiento por medio de preguntas cuidadosamente formuladas. Si se estimula a los pacientes a resolver los problemas a su manera y a sacar sus propias conclusiones, aprenden un proceso eficaz de solución de problemas. A continuación se profundiza en el uso del cuestionamiento en la terapia cognitiva.

Cuestionamiento

El cuestionamiento es un importante recurso en la terapia cognitiva. La mayoría de los comentarios del terapeuta durante la sesión son preguntas. Las preguntas individuales pueden cumplir varios propósitos al mismo tiempo, mientras que una serie de preguntas cuidadosamente diseñadas ayuda a los pacientes a considerar un problema, decisión u opinión particular. A través del interrogatorio el terapeuta cognitivo pretende conocer lo que está pensando la persona en lugar de decirle lo que cree que está pensando.

Al inicio de la terapia se emplean preguntas para obtener una imagen completa y detallada de las dificultades particulares del paciente, obtener datos antecedentes y de diagnóstico, evaluar tolerancia al estrés, capacidad de introspección, métodos de afrontamiento, y así sucesivamente; para obtener información sobre la situación externa y el contexto interpersonal del paciente; también permiten modificar quejas vagas al colaborar con el paciente para identificar un problema objetivo específico en el cual trabajar.

A medida que la terapia avanza, el terapeuta usa el cuestionamiento para explorar

formas de acercarse al problema, ayudar al paciente a ponderar las ventajas y desventajas de posibles soluciones, examinar las consecuencias de mantener conductas inadaptadas particulares, y para demostrar los esquemas tempranos desadaptados y sus consecuencias. En resumen, el terapeuta utiliza el cuestionamiento en la mayor parte de las técnicas terapéuticas cognitivas.

Aunque el cuestionamiento es en sí mismo un medio poderoso para identificar y modificar los pensamientos automáticos y los esquemas, es importante que las preguntas se planteen de manera cuidadosa y diestra. Si las preguntas se usan para "atrapar" a los pacientes en contradicciones, estos pueden llegar a sentir que están siendo atacados o manipulados por el terapeuta. Demasiadas preguntas abiertas pueden dejar a los pacientes preguntándose qué es lo que el terapeuta espera de ellos. Los terapeutas deben regular y plantear las preguntas con cuidado para ayudar a los pacientes a reconocer sus pensamientos y esquemas y a sopesar los problemas con objetividad.

Asignación de tareas de autoayuda

Lógica

En la terapia cognitiva es muy importante la asignación regular de tareas. Cuando los pacientes aplican de forma sistemática a su vida lo que aprendieron en las sesiones es más probable que logren un progreso significativo en la terapia y que puedan conservar sus ganancias una vez que termina el tratamiento. Burns y Spangler (2000) encontraron que los pacientes que cumplían con la mayor parte de las tareas mostraban disminuciones mayores y más significativas en su depresión que quienes eran menos cumplidos. Las tareas suelen ser el medio por el cual los pacientes recaban datos, prueban hipótesis y empiezan a modificar sus pensamientos y esquemas. Además, los datos proporcionados por las tareas ayudan a cambiar la atención de la terapia de preocupaciones subjetivas y abstractas a otras más concretas y objetivas. Cuando paciente y terapeuta revisan las actividades de la semana anterior en la parte de la entrevista en que se establece la agenda, pueden hacerlo con rapidez y el terapeuta puede extraer las relaciones entre lo que sucede en la sesión y tareas específicas, evitando así irse por la tangente y problemas secundarios. Las tareas aumentan la confianza de los pacientes en sí mismos y les brindan métodos para seguir trabajando en los problemas una vez que termine el tratamiento. Los terapeutas cognitivos enfatizan la importancia de las tareas cuando comparten con los pacientes la razón que cumplen en la terapia. También tienen cuidado de explicar los beneficios particulares que se derivan de cada tarea individual.

Asignación y revisión de las tareas

El terapeuta cognitivo diseña cada tarea para el paciente particular. La tarea asignada debe relacionarse directamente con el contenido de la sesión, de modo que el paciente entienda su propósito e importancia. Cada tarea debe expresarse con claridad y su naturaleza debe ser muy específica. Casi al final de cada sesión se escribe la tarea por duplicado, una copia es para el terapeuta y la otra para el paciente.

Algunas tareas típicas incluyen leer un libro o un artículo sobre un problema específico,

practicar técnicas de distracción o relajación, contar pensamientos automáticos en un contador de muñeca, calificar el placer y dominio de actividades en el Programa Semanal de Actividad, llevar un Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales, y escuchar la grabación de la sesión de terapia.

Durante la sesión, el terapeuta pregunta las reacciones del paciente a las tareas. Por ejemplo, puede preguntar si la tarea es clara y manejable. Para identificar impedimentos potenciales, puede pedir al paciente que se imagine dando los pasos involucrados en la tarea. Esta técnica puede ser especialmente útil durante las primeras etapas de la terapia. A medida que la terapia avanza a las etapas intermedia y final, el paciente asume mayor responsabilidad en el desarrollo de tareas.

Es esencial que paciente y terapeuta revisen la tarea de la semana anterior durante la sesión de terapia. Si no lo hacen, el paciente puede concluir que las tareas no son importantes. Durante la primera parte de las sesiones, terapeuta y paciente discuten la tarea de la semana anterior y el terapeuta resume los resultados.

Dificultades para completar las tareas

Cuando un paciente no realiza las tareas asignadas o lo hace sin convicción, el terapeuta cognitivo provoca pensamientos automáticos, esquemas o problemas conductuales que pueden ayudarlos a entender dónde se encuentra la dificultad. El terapeuta no presupone que el paciente está siendo "resistente" o "pasivo-agresivo". Cuando las dificultades se han identificado con éxito, terapeuta y paciente trabajan en colaboración para superarlas. Por supuesto, es común que los pacientes tengan dificultades para realizar las tareas en esta sección se consideran algunos de los problemas más comunes y formas de resolverlos.

Cuando los pacientes no entienden del todo la tarea, el terapeuta debe explicarla por completo, especificando en detalle sus expectativas. En ocasiones, el uso de la técnica conductual de ensayo cognitivo (descrita antes) puede ser de ayuda en esas situaciones.

Algunos pacientes creen que son naturalmente desorganizados y no pueden llevar registros y completar tareas detalladas. Los terapeutas usualmente pueden ayudar a invalidar esas creencias generales preguntando a los pacientes por otras circunstancias en que hacen listas (por ejemplo, cuando planean un viaje de vacaciones o de compras); también pueden preguntar a esos pacientes si podrían completar la tarea en caso de que ésta conllevara una recompensa sustancial. Este tipo de pregunta ayuda a esos pacientes a reconocer que el problema no está en el autocontrol, sino en el hecho de que no creen que la recompensa sea lo suficientemente grande. Cuando los pacientes se dan cuenta de que el problema es de actitud, terapeuta y paciente pueden proseguir a enumerar las ventajas de realizar la tarea.

Es posible que los pacientes con depresión más severa necesiten ayuda para estructurar su tiempo, de modo que la tarea se convierta en una actividad regular. Por lo general esto puede lograrse estableciendo cada día un tiempo específico para hacer la tarea asignada. De ser necesario, paciente y terapeuta pueden establecer un sistema de recompensa para aumentar la motivación para realizar las tareas. Por ejemplo, los pacientes pueden

recompensarse por hacer la tarea con una compra especial.

Algunos pacientes temen fracasar en las tareas o realizarlas inadecuadamente. En esos casos, el terapeuta puede explicar que no se puede "fallar" en las tareas de autoayuda. Realizar una tarea parcialmente es mejor que no hacerla en absoluto, y los errores ofrecen información valiosa sobre los problemas que todavía necesitan trabajo. Además, como el desempeño no es evaluado, los pacientes no pueden perder si ven la actividad desde una perspectiva más adaptada.

En ocasiones los pacientes creen que sus problemas son demasiado arraigados y complejos para ser resueltos por medio de tareas. El terapeuta puede explicarles que incluso las tareas más complejas empiezan y están conformadas por pasos pequeños y concretos. Por ejemplo, un escritor puede superar el "bloqueo del escritor" si toma la actitud "Si no puedo escribir un libro, por lo menos puedo escribir un párrafo". Cuando se han escrito los suficientes párrafos, el resultado es un libro. Terapeuta y paciente pueden considerar las ventajas y desventajas de la creencia del paciente de que los problemas no pueden resolverse haciendo tareas. O el terapeuta puede pedir al paciente que experimente antes de alcanzar esa conclusión. En casos en que un paciente cree que no ha progresado lo suficiente por lo que la tarea no es útil, el terapeuta puede detallar el progreso logrado por el paciente o ayudarlo a ver que quizá se requiera más tiempo antes de que pueda advertirse un cambio sustancial.

Cuando los pacientes parecen resentir que se les asignen tareas, el terapeuta puede alentarlos para que elaboren sus propias tareas. También podría ofrecer a los pacientes tareas alternativas entre las cuales elegir, siendo una de esas alternativas el no cumplimiento de las tareas. Si los pacientes eligen no hacer las tareas, el terapeuta puede ayudarlo a examinar las consecuencias de esa decisión. Otra estrategia es presentar a los pacientes un modelo de consumidor de la terapia: los pacientes tienen cierta meta (superar la depresión) y el terapeuta le ofrece un medio de alcanzarla; los pacientes tienen la libertad de usar o rechazar las herramientas, así como son libres de comprar en el mercado o no hacerlo.

Algunos pacientes creen que pueden mejorar con la misma facilidad sin hacer las tareas. En este caso, los terapeutas tienen dos opciones. Primero, pueden ofrecer su experiencia clínica (que es apoyada por la evidencia empírica existente) de que la mayoría de los pacientes que no se involucran activamente y cumplen con las tareas terapéuticas progresan con mayor lentitud en la terapia. La otra opción es poner en marcha un experimento por un determinado periodo durante el cual los pacientes no tienen que realizar tareas. Al final de ese periodo predeterminado, terapeutas y pacientes pueden evaluar el progreso de esos últimos durante ese lapso. Una vez más, es importante que los terapeutas cognitivos mantengan una mente abierta. Algunos pacientes en efecto logran un cambio significativo sin la realización formal de las tareas asignadas.

Problemas especiales

Es común que el terapeuta cognitivo novato se equivoque al mantener el método estándar descrito, incluso si no está funcionando bien. El terapeuta cognitivo debería ser

lo bastante flexible para adaptarse a las necesidades de los pacientes y a los diversos problemas especiales que suelen aparecer en la terapia. Se han agrupado esos problemas especiales en dos categorías: dificultades en la relación entre terapeuta y paciente, y problemas en que la terapia en sí no parece estar funcionando.

Dificultades en la relación entre terapeuta y paciente

El primer grupo de problemas atañe a la relación misma entre terapeuta y paciente. Cuando el terapeuta se da cuenta de que un paciente parece estar insatisfecho, poco colaborador, enojado u hostil, es imperativo que le exponga esas observaciones de manera empática. Es importante que el terapeuta se abstenga de responder al paciente con una mayor y más rígida adhesión a las técnicas prescritas o a la lógica terapéutica. También es importante que el terapeuta se abstenga de hacer afirmaciones autocríticas. La investigación indica que esas respuestas tienen efectos nocivos en la relación terapéutica (Castonguay *et al.,* 1995; Henry, Strupp, Butler, Schact y Binder, 1993; Piper *et al.,* 1999). La investigación preliminar (Castonguay *et al.,* 2004; Safran, Moran, Samstag y Stevens, 2002) indica que la probabilidad de que el vínculo terapéutico sea reparado y restablecido (e incluso mejorado) es mucho mayor si el terapeuta hace uso de habilidades de metacomunicación (discusión abierta de la reacción negativa del paciente, exploración de su experiencia, reconocimiento de la contribución del terapeuta a esas reacciones negativas).

Es esencial que los terapeutas estén conscientes de que muchas intervenciones pueden ser interpretadas de manera negativa por pacientes deprimidos. Los terapeutas se aproximan a los problemas de mala interpretación de la misma forma que se acercan a otros pensamientos: trabajan con los pacientes para recabar datos y buscan explicaciones alternativas de la evidencia. Por lo general, las dificultades en la relación terapeuta-paciente pueden resolverse por medio del diálogo. Hay ocasiones en que un terapeuta necesita adaptar su conducta a las necesidades particulares de un paciente individual. Por ejemplo, un terapeuta puede revelar más cosas y exhibir más reacciones personales para satisfacer las necesidades de un paciente que persiste en considerar que el terapeuta es impersonal. De igual modo, el terapeuta puede insistir en verificar más a menudo las formulaciones de los pensamientos del paciente para satisfacer las necesidades de quien sigue creyendo que el terapeuta no lo entiende.

En situaciones como esa es imperativo que el terapeuta no asuma que el paciente está siendo obstinadamente resistente o irracional. Se ha encontrado que la reactancia terapéutica ("un estado motivacional caracterizado por la tendencia del individuo a restablecer o reafirmar su capacidad para comprometerse con libertades percibidas como perdidas o amenazadas" (Arnow *et al.,* 2003, p. 1026) es un predictor positivo del resultado del tratamiento de la terapia directiva con pacientes crónicamente deprimidos. Arnow y colaboradores encontraron que el tratamiento mejoraba cuando los terapeutas respondían de manera flexible a esas conductas del paciente. Los terapeutas cognitivos colaboran con los pacientes para alcanzar una mejor comprensión de sus respuestas. Las reacciones mismas suelen ofrecer datos concernientes a los tipos de distorsiones que

cometen los pacientes en sus otras relaciones sociales y personales. Por consiguiente, las respuestas de los pacientes brindan a los terapeutas la oportunidad de trabajar con ellos en sus interpretaciones inadaptadas en las relaciones.

Progreso insatisfactorio

Un segundo grupo de problemas ocurre cuando la terapia parece no estar funcionando, aun cuando el paciente realiza escrupulosamente las tareas asignadas y la relación de colaboración parece exitosa.

Algunas veces los problemas surgen de expectativas inapropiadas por parte del paciente -o expectativas poco realistas por parte del terapeuta- en lo que concierne a la rapidez y consistencia del cambio. Cuando la terapia parece que no progresa con tanta rapidez como "debería", paciente y terapeuta deben recordar que en el curso del tratamiento deben anticiparse altas y bajas. Es importante que los terapeutas tengan en mente que el progreso de algunos pacientes simplemente es más lento que el de otros. Es posible que terapeuta, paciente o ambos, estén minimizando pequeños cambios que de hecho han estado ocurriendo. En este caso, el terapeuta puede destacar los pequeños logros obtenidos y recordar al paciente que las grandes metas se alcanzan a través de pequeños pasos hacia ellas.

En ocasiones, la desesperanza puede llevar a los pacientes a invalidar sus logros. Los terapeutas deberían tratar de descubrir los pensamientos automáticos desadaptados, las distorsiones cognitivas y los esquemas tempranos que contribuyen a la desesperanza generalizada. En esos casos, los terapeutas deben trabajar para corregir las ideas equivocadas acerca del proceso de cambio y la naturaleza de la depresión antes de que pueda darse el progreso en la terapia.

En algunos casos en que la terapia parece no funcionar con éxito, es posible que algunas de las técnicas terapéuticas no se hayan usado correctamente. Los problemas surgen a menudo cuando los pacientes en realidad no creen en las respuestas racionales o no pueden recordarlas en momentos de angustia. Es importante que el terapeuta determine qué tanto cree el paciente en las respuestas racionales y lo ayude a usar las nuevas respuestas tan cercanamente como sea posible del momento en que ocurren los pensamientos automáticos. Para el paciente que no cree del todo en una respuesta racional, el terapeuta puede sugerir una postura experimental -tomar la nueva creencia y "ver si resulta satisfactoria". Al paciente que no puede pensar en respuestas por el malestar emocional se le debe decir que los estados de angustia hacen más difícil el razonamiento, y que pensamientos como "Si esto no funciona, nada lo hará" sólo pueden agravar el problema. Debe asegurarse a los pacientes que, con práctica, serán capaces de pensar más fácilmente en respuestas racionales.

Otro problema que se deriva de la aplicación inadecuada de las técnicas de la terapia cognitiva ocurre cuando el terapeuta utiliza de manera rígida una técnica particular. A menudo es necesario que el terapeuta pruebe diversas técnicas conductuales o cognitivas antes de encontrar un método al cual el paciente responda bien. El terapeuta cognitivo debe mantener por cierto tiempo una técnica particular para ver si funciona, pero también

debe estar dispuesto a probar otra alternativa cuando resulte evidente que el paciente no está mejorando. Para dar un ejemplo específico, la asignación de tareas conductuales en ocasiones es más útil con ciertos pacientes, aunque el terapeuta tenga motivos para predecir de antemano que las tareas cognitivas serán más eficaces.

En algunos casos en que parece que se progresa poco en la terapia, resulta ser que el terapeuta eligió un problema tangencial. El terapeuta cognitivo debe estar alerta a esta posibilidad, sobre todo en las primeras etapas de la terapia. Cuando parece que el cambio en el nivel de depresión es poco o no significativo, aunque el paciente parezca haber hecho un progreso considerable en un área de problema, el terapeuta debe considerar la posibilidad de que todavía no se descubre el problema más angustiante. Un ejemplo típico de este tipo de dificultad es el paciente que presenta las dificultades en el trabajo como problema principal, cuando resulta ser que los problemas de relación están haciendo contribuciones significativas a las dificultades en el trabajo. El verdadero problema puede ser evitado por el paciente porque le parece demasiado amenazante.

Por último, la terapia cognitiva no es para todos. Si el terapeuta ha intentado todas las aproximaciones disponibles al problema y ha consultado con otros terapeutas cognitivos, tal vez sea mejor referir al paciente a otro terapeuta con la misma orientación o con una orientación distinta.

Independientemente de la razón por la que el progreso de la terapia no es satisfactorio, los terapeutas conductuales deben prestar atención a su propio afecto y cogniciones. Deben mantener una actitud disciplinada de solución de problemas. El terapeuta cognitivo debe buscar supervisión si se descubre exageradamente influenciado por la desesperación o empieza a notar que sus propios esquemas son disparados por las interacciones terapéuticas. La desesperanza en los pacientes o terapeutas es un obstáculo para la solución de problemas. Si los terapeutas pueden contrarrestar con eficacia sus autoevaluaciones negativas y otros pensamientos disfuncionales, entonces estarán en mejores condiciones para concentrarse en ayudar a los pacientes a encontrar solución a sus problemas.

ESTUDIO DE CASO DE DENISE: DEPRESIÓN NO CRÓNICA

En el siguiente estudio de caso se describe el curso de tratamiento de una mujer con depresión no crónica a la que se atendió en el centro. Por medio de este estudio de caso se ilustran muchos de los conceptos descritos antes en este capítulo, incluyendo provocación de pensamientos automáticos, triada cognitiva de la depresión, empirismo colaborativo, estructuración de la sesión y retroalimentación.

Evaluación y presentación de los problemas

En la evaluación inicial, Denise, mujer viuda de 59 años informó que vivía sola desde el año anterior. Su esposo había sido diagnosticado con cáncer cerebral tres años antes y había fallecido hacía aproximadamente un año. Tenía dos hijos solteros (de 27 y 25 años) que trabajaban en otras partes del país. Denise había obtenido una licenciatura y había trabajado hasta los 30 años, pero dejó de hacerlo al casarse. Describió que sus principales problemas eran la depresión (durante el año y medio anterior), dificultades para afrontar la vida diaria y soledad. Reportó un episodio anterior de depresión mayor alrededor de los 25 años, luego de la muerte de su padre.

Denise dijo que desde el inicio de la enfermedad de su esposo (cáncer cerebral) se había aislado socialmente. Informó que durante la niñez, adolescencia y juventud había tenido amistades normales. Ella y su esposo habían llevado una vida relativamente tranquila y se habían enfocado en criar a sus hijos y en sus respectivos trabajos. Cuando tenían tiempo libre disfrutaban juntos de actividades intelectuales y culturales (museos, conferencias, conciertos y buenos restaurantes). En el tiempo en que su esposo estuvo enfermo, los pocos amigos cercanos con quienes socializaban se habían mudado a Florida y Arizona.

A Denise se le diagnosticó trastorno depresivo mayor recurrente. Su puntuación en el Inventario de Depresión de Beck-II fue 28, lo que la colocó en el rango moderado a severo de la depresión. Sus síntomas depresivos más destacados incluían pérdida de placer, irritabilidad, retraimiento social, incapacidad para tomar decisiones, fatiga, culpa, dificultad para motivarse para realizar las funciones cotidianas y soledad.

Sesión 1

La sesión empezó con la descripción que hizo Denise de "los sentimientos de tristeza" que experimentaba. El terapeuta empezó casi de inmediato a provocar los pensamientos automáticos que presentaba la paciente en esos periodos.

TERAPEUTA: ¿Qué tipo de pensamientos pasaban por su mente cuando tenía esos sentimientos de tristeza la semana pasada?

DENISE: Bueno, supongo que pensaba en cuál era el sentido de todo esto. Mi vida está terminada. No es lo mismo. Tengo pensamientos como "¿Qué voy a hacer?" En ocasiones me siento enojada con él, usted sabe, con mi esposo. ¿Cómo pudo dejarme?

… ¿No soy terrible? ¿Qué pasa conmigo? ¿Cómo puedo estar enojada con él? Él no quiso tener esa muerte horrible. Yo tendría que haber hecho más. Debí haberlo obligado a ir al médico cuando empezó a tener esos dolores de cabeza… Bueno, ¿qué sentido tiene todo?

TERAPEUTA: Parece que se siente muy mal justo ahora. ¿Es correcto?

DENISE: Sí.

TERAPEUTA: Siga contándome, ¿qué pasa por su cabeza justo ahora?

DENISE: No puedo cambiar nada. Se acabó. No lo sé… Todo me parece tan desolador y sin esperanza. ¿Tengo que tratar de seguir adelante… hasta enfermar y luego morir?

TERAPEUTA: Entonces ¿uno de los pensamientos es que no puede cambiar las cosas y que la situación no va a mejorar?

DENISE: Sí.

TERAPEUTA: Y ¿eso es algo en lo que a veces cree por completo?

DENISE: Sí, eso es lo que a veces creo.

TERAPEUTA: ¿Lo cree justo ahora?

DENISE: Eso creo… sí.

TERAPEUTA: ¿Justo ahora cree que no puede cambiar las cosas y que no van a mejorar?

DENISE: Bueno, hay un atisbo de esperanza, pero es eso básicamente…

TERAPEUTA: ¿Hay algo que desee mucho en términos de su propia vida a partir de este momento?

DENISE: Bueno, qué me gustaría… Disfruto mucho ver a mis hijos, pero ellos están muy ocupados ahora. Mi hijo es abogado y mi hija está estudiando medicina. De modo que están muy ocupados. No tienen tiempo para estar conmigo.

Al indagar sobre los pensamientos automáticos de Denise, el terapeuta empezó a entender su punto de vista, que tendría que estar sola casi siempre. Esto ilustra la desesperanza sobre el futuro que caracteriza a la mayoría de los pacientes deprimidos. Una segunda ventaja de esta línea de indagación es que el terapeuta presentó a la paciente la idea de observar sus propios pensamientos, lo que es fundamental para la terapia cognitiva.

Conforme seguía la sesión, el terapeuta sondeó el punto de vista de Denise en lo concerniente a su vida diaria, decidió enfocarse en su inactividad y retraimiento.

Eso suele ser la primera meta terapéutica cuando se trabaja con un paciente gravemente deprimido.

En la siguiente secuencia, el terapeuta orientó a Denise en el examen de las ventajas y desventajas de permanecer todo el día en su casa.

DENISE: Usualmente no quiero salir de mi casa. Quiero quedarme ahí y mantener las cortinas cerradas; usted sabe, no quiero hacer nada. Sólo quiero dejar todo fuera, que todo se quede lejos de mí.

TERAPEUTA: Ahora bien, ¿se siente mejor cuando permanece en casa todo el día

tratando de dejar todo fuera?
DENISE: Un poco…
TERAPEUTA: ¿Qué quiere decir?
DENISE: Bueno, puedo ver televisión todo el día y perderme en esos programas tontos. Me siento mejor cuando veo en esos programas a otras personas con sus problemas. Me hace sentir menos solitaria y creer que mis problemas no son tan graves.
TERAPEUTA: y ¿cuánto tiempo le dedica a eso?
DENISE: ¿Ahora?, ¿últimamente?… La mayor parte del tiempo. Permanecer en casa y mirar televisión me hace sentir segura, todo se siente un poco más seguro, incluso mi soledad se siente más distante.
TERAPEUTA: Ahora bien, ¿qué siente sobre sí misma después de que ha pasado cierto tiempo así?
DENISE: ¿Después? Por lo general trato de no prestar mucha atención a lo que siento.
TERAPEUTA: Pero ¿cómo se siente?
DENISE: Me siento mal. Me siento mal por desperdiciar el día. No hago las cosas de las que debo ocuparme… como mis pagos, la limpieza, tomar un baño. Por lo regular termino sintiéndome patética… y culpable.
TERAPEUTA: ¿Por un lado parece sentirse aliviada y por el otro, después, se critica a sí misma?

Advierta que el terapeuta no pretende debatir o exhortar a Denise a salir de casa o a ocuparse de las tareas cotidianas. Más bien, a través del cuestionamiento la anima a examinar más de cerca su suposición de que en realidad está mejor si se queda en casa a ver televisión todo el día. Este es el proceso denominado "empirismo colaborativo". Para la segunda sesión Denise reexaminó su hipótesis acerca de ver televisión y quedarse en su casa todo el día.

DENISE: El otro día pensé en eso de quedarme en casa a ver televisión contra salir. Recuerdo que le dije que quedarme ahí me hacía sentir mejor. Cuando presté atención a lo que en realidad siento, me di cuenta de que no me hace sentir mejor. Es como si bloqueara los malos sentimientos, pero no me hace sentir mejor.
TERAPEUTA: Es gracioso entonces que cuando hablaba de eso, su recuerdo de la experiencia era mucho más positivo de lo que en realidad era, pero eso sucede a veces con la gente. A mi también me ocurre. Pienso que algo es bueno pero cuando en realidad lo veo no lo es tanto.

Ahora regresamos a la primera sesión. Después de ser sondeada por el terapeuta, Denise menciona que en ocasiones siente que la terapia cognitiva es su "última esperanza". El terapeuta usa esto como oportunidad de explorar su desesperanza y su pensamiento suicida.

TERAPEUTA: ¿Qué pasaba por su mente cuando dijo "Esta es mi última esperanza"?

¿Tuvo algún tipo de visión en su mente?

DENISE: Si, pensé que si esto no funcionaba no podría seguir viviendo así por el resto de mi vida.

TERAPEUTA: Si esto no funciona, ¿entonces qué?

DENISE: Bueno, en realidad no me interesa lo que suceda conmigo…

TERAPEUTA: ¿Pensó en algo más concreto?

DENISE: Bueno, justo en este minuto no pienso en que podría cometer suicidio, pero si me sigo sintiendo así por mucho tiempo, tal vez podría hacerlo. Pero no lo sé. He pensado antes en el suicidio, pero nunca he pensado en realidad en cómo lo haría. Sé que hay ciertas cosas que me detienen, como mis hijos. Creo que los lastimaría mucho y también a otras personas, como a mi madre. Mi mamá tiene buena salud ahora, pero algún día puede necesitarme… Sí, esas son las dos cosas que me detienen, mis hijos y mi madre.

TERAPEUTA: Bien, esas son las razones para no cometer suicidio. ¿Cuáles son algunas de las razones por las que cree que podría desear hacerlo?

DENISE: Porque a veces me siento muy vacía y sin esperanza. No hay nada que desee mucho, cada día es igual. Mi vida es un desperdicio, entonces, ¿por qué no terminarla?

El terapeuta quería que Denise se sintiera tan libre como fuese posible para hablar de sus pensamientos suicidas; por consiguiente, se esforzó en entender tanto las razones de su desesperanza como lo que la disuadía de cometer suicidio. Después de determinar que no tenía planes inminentes para hacer un intento, el terapeuta dijo que trabajaría con ella para hacer algunos cambios. Luego le pidió que eligiera algún pequeño problema en el que pudieran trabajar juntos.

TERAPEUTA: ¿Existen ahora algunas cosas pequeñas que podría hacer que pudieran cambiar su vida de inmediato?

DENISE: No lo sé. Bueno, supongo que podría llamar a mi amiga Diane a Florida. Ella me llamó hace un mes y lo hizo de nuevo la semana pasada. En ambas ocasiones le dije que estaba ocupada y que la llamaría después, pero no lo hice. Me he sentido tan mal que no tenía nada que decirle.

TERAPEUTA: Bueno, cuando ella vivía en la zona ¿de qué tipo de cosas hablaban?

DENISE: Tenemos hijos más o menos de la misma edad, entonces podíamos hablar sobre nuestros hijos. A las dos nos gusta leer y solíamos ir juntas a un club de lectura, podíamos hablar de los libros que estábamos leyendo. A las dos nos gusta el arte. Solíamos asistir a conferencias en el museo durante la semana, hablar de arte y de las conferencias. Pasar tiempo haciendo planes para hacer cosas juntas en nuestro tiempo libre. Pasar tiempo con ella siempre me resultaba interesante. Teníamos tantas cosas en común. La extraño.

TERAPEUTA: Parece que solía participar en muchas actividades interesantes. ¿Qué hay de eso ahora?

DENISE: Después mi esposo enfermó y mis amigos se mudaron. Simplemente lo dejé.

No he hecho nada de eso en mucho tiempo.
TERAPEUTA: ¿Qué le parecería asistir a una serie de conferencias ahora?
DENISE: No lo sé.
TERAPEUTA: Bueno, ¿qué le parece la idea?
DENISE: Es una buena idea, pero me parece demasiado. No puedo pensar que voy a disfrutarlo… por la forma en que me siento… No lo sé.
TERAPEUTA: ¿Estaría dispuesta a poner a prueba ese pensamiento de que no sería capaz de disfrutarlo ahora?
DENISE: No lo sé… supongo.
TERAPEUTA: ¿Eso es un "sí"?
DENISE: Sí, pero no veo cómo voy a hacerlo.
TERAPEUTA: Bueno, ¿cómo podría enterarse acerca de una serie de conferencias?
DENISE: Uno busca en línea en el sitio Web de museo para ver lo que está disponible.
TERAPEUTA: Muy bien. ¿Tiene computadora?
DENISE: Sí.
TERAPEUTA: ¿Funciona?
DENISE: Sí.
TERAPEUTA: ¿Cómo se siente respecto a hacer eso?
DENISE: Supongo que podría hacerlo… Soy tan patética. Sé lo que debo hacer. No necesito que me lo explique con lujo de detalles. ¿Por qué no lo hice antes?
TERAPEUTA: Bueno, probablemente tenía buenas razones para no haberlo hecho antes. Tal vez estaba atrapada en la desesperanza.
DENISE: Supongo que sí.
TERAPEUTA: Cuando uno siente que no hay esperanza tiende a negar, como si no existieran opciones o soluciones posibles.
DENISE: Cierto.
TERAPEUTA: Cuando uno queda atrapado en la desesperanza, parece que no hay nada que pueda hacer. ¿Eso es lo que piensa?
DENISE: Sí.
TERAPEUTA: Entonces, en lugar de despreciarse por no haberlo buscado en línea antes ¿por qué no lo hacemos justo ahora?

Este extracto ilustra el proceso de tareas graduadas que es tan importante en las primeras etapas de la terapia con un paciente deprimido. El terapeuta hizo a la paciente una serie de preguntas para dividir en una serie de pasos más pequeños el proceso de asistir a una conferencia. Denise se dio cuenta de que todo el tiempo había sabido qué hacer pero, como indicó el terapeuta, su desesperanza le había impedido ver las opciones.

DENISE: Me va a resultar difícil dar ese paso.
TERAPEUTA: Los primeros pasos son difíciles para todos, por eso existe un viejo dicho: "Un viaje de miles de kilómetros empieza con el primer paso".
DENISE: Eso es muy cierto.

TERAPEUTA: El primer paso es muy importante, y luego estará lista para dar el segundo, y después el tercero, y así sucesivamente. A la larga, ganará impulso y cada paso empezará a darse de manera más natural. Pero primero, todo lo que tiene que hacer es dar un pequeño paso. No tiene que dar pasos gigantes.
DENISE: Bueno, sí, puedo verlo. Supongo que pensaba que cada paso sería tan difícil como el primero. Tal vez será más fácil.

En la segunda sesión Denise informó que había tenido éxito.

DENISE: Busqué en línea la información sobre la serie de conferencias y quedé sorprendida. De hecho una me suena interesante y estoy pensando en que podría registrarme en línea. En realidad no había pensado que alguno de esos sentimientos siguiera ahí. Creo que estoy deseando dar el siguiente paso.

Al final de la primera sesión, el terapeuta ayudó a Denise a llenar el Programa de Actividades Semanales de la siguiente semana. Las actividades eran muy sencillas, como levantarse y tomar una ducha, preparar las comidas, salir de compras y buscar en línea la información sobre la serie de conferencias. Por último, le pidió a Denise retroalimentación sobre la sesión y sobre su desesperanza.

TERAPEUTA: ¿Tiene alguna reacción?
DENISE: Todavía me siento deprimida, pero también me siento un poco mejor. Es interesante que la sola idea de averiguar qué conferencias pueden estar disponibles me haga sentir un poco mejor. Incluso pensé en llamar a Diane para hablar sobre las opciones… ¿Esto es un indicio de que las cosas pueden mejorar?
TERAPEUTA: ¿Usted qué cree?
DENISE: Quizá.

Sesión 2

En la segunda sesión, el terapeuta empezó a colaborar con Denise en el establecimiento de una agenda. Ella quería discutir el hecho de que no le había estado prestando atención a sus facturas o a sus tareas y que todavía pasaba buena parte del día frente al televisor; el terapeuta usó esto como una oportunidad para discutir el tema de la actividad contra la inactividad en la agenda. Luego revisaron la tarea anterior. Denise había realizado todas las actividades programadas y también enlistó algunos de los pensamientos negativos que tuvo entre las sesiones. Su puntuación en el Inventario de Depresión de Beck-II disminuyó un poco. (Antes de cada sesión los pacientes llenan rutinariamente el Inventario de Depresión de Beck-II, de modo que tanto el paciente como el terapeuta puedan supervisar el progreso del tratamiento).

Denise compartió luego con el terapeuta su lista de pensamientos negativos. Una de sus preocupaciones fue que en la primera sesión había expresado sentimientos de enojo hacia su esposo.

DENISE: No me gusta revelar cosas sobre mí, pero usted me dijo que anotara mis pensamientos. De modo que aquí están. Cuando me fui a la cama después de nuestra primera sesión pensé en lo que le había dicho, ya sabe, acerca de estar enojada con mi esposo. Pensé que probablemente pensaría que soy una persona muy dura y fría. Quiero decir, mi esposo tuvo una muerte horrible y yo tengo esta reacción tan dura e insensible. Empecé a pensar que probablemente usted pensaría mal de mí por esa declaración y que quizá no querría trabajar conmigo.

TERAPEUTA: Realmente me alegra que me hable de esos pensamientos. Deje que empiece por preguntarle ¿quién tiene esos pensamientos negativos?

DENISE: ¿Usted? Bueno, no, en realidad soy yo.

TERAPEUTA: Correcto. ¿Usted piensa que alguien como yo podría tener otra reacción a lo que dijo?

DENISE: No lo sé. Quiero decir que es muy duro estar enojada con alguien que no tenía control sobre lo que sucedía.

El terapeuta ofreció luego a Denise una perspectiva alternativa:

TERAPEUTA: ¿Cree que alguien podría reaccionar a sus declaraciones con empatía?

DENISE: ¿Cómo podrían hacerlo?

TERAPEUTA: Imagino que fue angustiante y muy difícil haber perdido a su esposo y a sus amigos, casi al mismo tiempo. Aunque usted los quisiera y se preocupara por todos ellos, es comprensible sentir enojo. Parece que es una reacción humana básica ante sucesos muy difíciles de la vida.

DENISE: Sí, supongo que tiene sentido. Gracias.

Esto ilustra la forma en que un terapeuta cognitivo puede aprovechar los hechos ocurridos en la sesión para enseñar al paciente a identificar los pensamientos automáticos y a considerar interpretaciones alternativas. Además, el terapeuta hizo un resumen de un tema clave que había identificado cuando escuchó los pensamientos automáticos de Denise sobre su esposo y sobre la terapia. El tema fue su miedo a ser juzgada con severidad y posiblemente castigada por su afirmación (esquema de castigo).

Es común que en la primera fase del tratamiento los terapeutas cognitivos identifiquen y empiecen a corregir los esquemas tempranos desadaptados. En una fase posterior del tratamiento puede necesitarse un trabajo más intensivo de modificación de los esquemas como inoculación contra la recaída. En la siguiente sesión de este capítulo se abunda en este proceso.

En el siguiente segmento, el terapeuta le explicó a Denise cómo había llegado a la conclusión de que el castigo era un esquema importante para ella.

TERAPEUTA: Cuando usted dijo que pensaba que yo podría tener una mala opinión sobre usted y que no querría trabajar con usted porque dijo que se sentía muy enojada

con su esposo, me pareció que de verdad le preocupaba la posibilidad de ser juzgada y castigada con severidad por sus afirmaciones.

DENISE: Sí, eso es correcto.

TERAPEUTA: No quiero hablar mucho de esto por el momento, pero también dijo que después de que sus amigos se mudaron, se sintió enojada con ellos y criticó su decisión. Aunque usted sabía que cada grupo de amigos tuvo que mudarse por razones financieras o de salud específicas y que habían estado por varios años en el proceso de completar la mudanza, parte de usted sentía todavía mucho enojo con ellos. Usted mencionó que cree firmemente que los amigos deben estar presentes, sobre todo en ocasiones de gran necesidad, y que si un amigo abandona a otro esa relación debe terminar. ¿Es eso correcto?

DENISE: Correcto.

TERAPEUTA: Entonces, usted se alejó en gran medida de esas relaciones importantes y ahora se siente muy solitaria. El pensamiento de llamarlos de nuevo le hace temer que ellos estarán ahora enojados con usted por la forma en que reaccionó hacia ellos. Está atrapada en una situación en que no puede ganar. ¿Es eso correcto?

DENISE: Sí, eso parece ser cierto.

TERAPEUTA: De modo que una de las cosas que la detiene -y que la hace sentir tan mal- es la idea de que la gente, incluyéndose, debería comportarse de formas específicas, y que si no se comportan de la manera "correcta" deberían recibir un castigo severo. ¿Es eso correcto?

DENISE: Sí, suena correcto. Pero al escuchar que usted lo dice me hace darme cuenta de que en realidad no parece correcto.

TERAPEUTA: ¿A qué se refiere?

DENISE: Es demasiado extremo. Es demasiado severo. las personas somos humanas y tenemos limitaciones, y en ocasiones cometemos errores.

TERAPEUTA: Es bueno que empiece a advertir y a evaluar esos pensamientos en lugar de limitarse a responder ante ellos de forma automática. Lo que eso nos dice es que debe estar alerta cada vez que tenga la sensación de que usted y otras personas deben ser castigadas con severidad por no comportarse de una forma específica. La idea de que la gente no debe recibir una oportunidad, incluso en circunstancias muy difíciles, quizá no funcione muy bien en la vida real con gente de verdad. Usted mencionó que sus amigas le dijeron que se sentían muy mal por tener que dejarla en ese momento y que la han llamado de manera regular desde que dejaron el área. ¿Piensa que si empieza a responderles y a regresar sus llamadas podrían reaccionar de manera distinta, de la misma forma en que usted reaccionó en forma distinta a lo que ellas esperaban?

DENISE: Sí, eso es muy probable.

Aproximadamente a la mitad de la sesión, el terapeuta pidió a la paciente que le diera retroalimentación de lo ocurrido hasta ese momento.

TERAPEUTA: Ahora, hasta este momento ¿hay algo de lo que hablamos hoy que le haya molestado?
DENISE: ¿Que me molestara?
TERAPEUTA: Sí.
DENISE: Suena como si fuera un bicho raro.
TERAPEUTA: Eso es importante. ¿Puede…
DENISE: Bueno, estoy tratando de no sentirme así, pero así me siento.
TERAPEUTA: Bueno, si lo siente, lo siente. ¿Por qué no se permite sentirse un bicho raro y me habla de eso?
DENISE: Bueno, siento que soy muy diferente a los demás. Otras personas no parecen tener mis problemas. Siguen felizmente casados y continúan con su vida. Me siento muy diferente de todos.

Este comentario llevó a la identificación de un tercer tema, el esquema de aislamiento social y alienación. En los años anteriores Denise se había considerado cada vez más diferente. Sin embargo, para este momento empezaba a considerar la idea de dar una respuesta más racional a sus pensamientos. Después de que el terapeuta señaló el pensamiento negativo en el extracto anterior, la paciente ofreció:

DENISE: Sé lo que debo hacer con el pensamiento "Soy un bicho raro".
TERAPEUTA: ¿Qué va a hacer con eso en este minuto?
DENISE: Me voy a decir a mi misma, "No soy tan diferente de otras personas. Otras personas han perdido a sus parejas. No soy la única. Sólo soy la primera en mi grupo de amigos. A la larga, todos estarán en la misma situación en que yo estoy. Es sólo una parte de la vida". Venir a verlo para obtener ayuda no significa que soy un bicho raro. Es probable que usted vea a mucha gente y que les ayude con problemas como el mío.
TERAPEUTA: Correcto.

Los mismos pensamientos automáticos surgieron más adelante en la sesión cuando Denise advirtió el anillo de bodas del terapeuta. En el largo extracto que se presenta adelante, el terapeuta la ayudó a idear un experimento para probar el pensamiento "Soy muy distinta a él".

TERAPEUTA: Muy bien, ahora vamos a hacer un experimento para ver si puede responder al pensamiento automático, y ver lo que sucede con lo que siente. Vea si una respuesta racional la hace sentir peor o mejor.
DENISE: Muy bien.
TERAPEUTA: Muy bien. "Soy muy distinta a él". ¿Qué sería una respuesta racional a eso? ¿Una respuesta realista?
DENISE: Usted lleva un anillo de bodas y en eso es diferente a mí, porque yo estoy sola, sin una pareja.
TERAPEUTA: Sí, ¿Y?
DENISE: ¿Y?… En realidad no sé mucho sobre usted aparte del hecho de que está casado. Por lo que sé, supongo que esa información también podría considerarse como

una semejanza. Los dos nos casamos y sabemos lo que es la vida matrimonial. Supongo que usted nunca perdió una pareja, pero tal vez eso no sea cierto. Es posible que también usted perdiera una pareja.

TERAPEUTA: Entonces, ¿usted es la diferente o lo soy yo? O ¿Es sólo que en este momento tenemos diferentes situaciones respecto con nuestras parejas?

DENISE: Nuestras situaciones son distintas en este momento.

El intercambio anterior demuestra el uso de la reatribución. Al principio, Denise interpretaba el anillo del terapeuta como evidencia de que eran muy diferentes. Como resultado del enfoque de descubrimiento guiado, la paciente reatribuyó la diferencia a uno de dos factores: que ella o el terapeuta eran diferentes o que la situación concerniente a las parejas eran diferentes para cada uno. Al final del experimento, Denise se mostró satisfecha de que al final reconocía esta tendencia a distorsionar sus valoraciones.

DENISE: Justo ahora me siento contenta. Me siento un poco mejor de que por lo menos alguien me haga ver esas cosas. No me había dado cuenta de que soy tan crítica conmigo misma y con otras personas, y que estoy asumiendo que soy diferente de todos los demás.

TERAPEUTA: Entonces, ¿le alegra haber observado esto de sí misma?

DENISE: Sí.

Después de resumir los puntos principales de la segunda sesión, el terapeuta asignó para la siguiente semana la tarea de llenar el Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales (figura 7-4) y el Programa de Actividades Semanales (con calificaciones de dominio y placer; figura 7-3).

Sesión 3

Al inicio de la tercera sesión, el estado de ánimo de Denise había mejorado visiblemente. Se había inscrito a una serie de conferencias en el museo y estaba deseosa de asistir a la primera. También había llamado a su amiga Diane, con resultados muy positivos. Se percató de pensamientos negativos y punitivos hacia otros y hacia sí misma, y los cuestionaba. El principal elemento de la agenda en que Denise decidió trabajar fue "cómo me alejo de otras personas", un aspecto de sus estándares implacables, de su punitividad y de sus esquemas de aislamiento social y alienación.

DENISE: Quiero dejar de alejarme de la gente. Quiero mostrar más aceptación y compromiso con los demás.

TERAPEUTA: ¿Qué la detiene?

DENISE: Supongo que creo que debo mostrarme un poco distante y estricta en relación con los demás o que ellos se comportarán como quieran. La gente debe conocer mis reglas y acatarlas si es que quieren tener una relación conmigo.

El terapeuta continuó sus sondeos para entender por qué creía Denise que los otros tenían que sujetarse a un conjunto de reglas tan estrictas para tener una relación.

Conforme avanzaba la discusión, se hizo evidente que, en abstracto, la paciente podía ver que esas reglas tan estrictas no necesariamente eran propicias para una buena relación, de hecho, en ocasiones alejaban a los demás. Pero en situaciones reales, Denise nunca sintió estar equivocada.

La siguiente tarea del terapeuta era ayudar a Denise a lograr que su pensamiento racional se impusiera sobre su pensamiento distorsionado **en el contexto de un suceso concreto.** A petición del terapeuta, Denise describió luego una conversación con su amiga Diane y la forma en que su intolerancia hacia la desviación de Diane de sus reglas las había distanciado. Denise quería que Diane y su esposo la visitaran el siguiente verano. Sin embargo, Diane le dijo que su perro había estado muy enfermo, y que si el animal seguía con vida no podría dejarlo. Denise pensó que eso era ridículo. Creía que una relación con una mascota jamás debería tener prioridad sobre una relación humana. Esto sucedió cuando Denise de verdad quería y esperaba acercarse de nuevo a Diane. El terapeuta la ayudó a usar la lógica para evaluar su esquema inadaptado.

TERAPEUTA: Usted pensó "Tengo razón al dejar las cosas claras con ella. Ella no puede ponerme en segundo lugar después de su perro. No puede hacerlo sin consecuencia". Parece probable que usted creyera en ese pensamiento y que creyera que el pensamiento era correcto. Y como pensó que el pensamiento era correcto, sintió que tenía que retirarle su afecto si ella no cumplía sus deseos.

DENISE: Correcto.

TERAPEUTA: Ahora vamos a considerarlo. ¿Usted cree que ese pensamiento es correcto?

DIANE: Bueno, sí, es ofensivo.

TERAPEUTA: ¿Qué es ofensivo?

DENISE: Que ella le dé prioridad a su perro.

TERAPEUTA: ¿Alguna vez ha tenido usted una mascota?

DENISE: No.

TERAPEUTA: ¿Cree que es posible que Diane piense que su perro es parte de su familia?

DENISE: Nunca lo vi de esa forma.

TERAPEUTA: Si ve la situación desde esa perspectiva, ¿cómo se siente?

DENISE: Me parece que he sido un poco insensible… Eso no está bien. No me permito considerar el punto de vista de otra persona. Nunca he tenido una mascota, de modo que en realidad no sé lo que se siente tener una. No está bien que me muestre tan crítica con Diane. Necesito ser más comprensiva. No fui muy atenta. En realidad me comporté de una forma que se opone directamente a mis valores más profundos.

TERAPEUTA: Entonces, de acuerdo con sus propios valores, ¿eso fue correcto?

DENISE: No, no es correcto. No respeté sus sentimientos. Sólo exigí que ella respetara los míos. Eso no está bien.

TERAPEUTA: Muy bien, entonces ese es uno de los problemas. Si usted quiere superar esta idea de que nunca debería ceder o doblegar sus reglas por otros, una de las cosas que puede hacer es buscar este pensamiento, "Yo estoy en lo correcto y tú deberías tener una consecuencia negativa por tu 'mala' decisión", y recordar la conversación que tenemos ahora y decidir por sí misma si en realidad tiene razón. Ahora, si cada vez que enfrenta un conflicto en una relación acepta que es posible que no lo entendiera del todo, pero en realidad piensa por debajo, "Pero sé que tengo razón", se va a sentir incómoda y luego no va a querer tratar con esa persona. ¿Es eso correcto?

DENISE: Sí, eso parece correcto.

TERAPEUTA: Ahora, la próxima vez que tenga ese pensamiento, "Tengo razón y voy a asegurarme de que esta otra persona lo sepa", ¿cómo va a responder a ese pensamiento?

DENISE: ¿Sí estoy en lo correcto? Pero no necesariamente tengo razón. Debo considerar el punto de vista de la otra persona. Necesito tratar de entenderla y luego ver si lo que estoy pensando es adecuado.

TERAPEUTA: Ahora bien, ¿dice eso porque en realidad es la respuesta correcta o porque en realidad lo cree?

DENISE: No, en realidad lo creo.

El terapeuta siguió esta discusión con una técnica llamada "punto-contrapunto" para ayudar a Denise a practicar respuestas racionales a sus pensamientos automáticos incluso con mayor intensidad. En este extracto, el terapeuta expresó el pensamiento negativo de Denise mientras ésta intentaba defenderse de forma más racional.

TERAPEUTA: Ahora voy a actuar como el fiscal y diré, "Ahora entiendo que permitió que su amiga violara una de sus reglas de amistad. ¿Es eso verdad?"

DENISE: Sí.

TERAPEUTA: "Me parece que fue una cosa muy mala que lo hiciera".

DENISE; No, no lo fue.

TERAPEUTA: "¿Usted piensa que no lo fue?"

DENISE: No, yo debería tratar de entender su punto de vista.

TERAPEUTA: "Bien, puede sentarse ahí y decir que debería ser más comprensiva, pero creí que había dicho antes que quería que la gente la respetara".

DENISE: Lo hice, pero también debo respetar a los demás.

TERAPEUTA: "Lo sé, pero si ahora me dice que va a permitir que se salga con la suya en esto. ¿Qué sigue?"

DENISE: Lo que sigue sólo puede ser una mejor comprensión entre ambas. Nos sentiremos más cercanas.

TERAPEUTA: "Pero, ¿cómo puede sentirse más cercana si ella no respeta sus reglas de amistad?"

DENISE: Tal vez mis reglas no sean apropiadas en esta situación. Necesito aprender a ser más comprensiva, más flexible y tolerante ante algunas desviaciones de mis reglas.

TERAPEUTA: “Pero entonces usted perderá el control de la situación”.
DENISE: No, eso es una exageración. No necesito controlar toda la situación. Todavía puedo decidir qué tiene sentido. Todavía tengo control de lo que importa.
TERAPEUTA: “¿Cómo puede ser?”
DENISE: Porque puedo respetarme y respetar a mi amiga también. No tengo que convertirlo en una situación de una cosa u otra y tratar de obligarla a ver y hacer las cosas a mi manera. Eso es lo que le hace difícil llevarse bien conmigo y si insisto en que haga las cosas a mi manera o no hacemos nada, a la larga voy a perder la relación.

Por último, el terapeuta regresó al esquema y preguntó a la paciente qué tanto creía en la nueva perspectiva.

TERAPEUTA: Si usted es flexible perderá el control. ¿Cree en eso ahora?
DENISE: No.
TERAPEUTA: ¿Cree en eso parcialmente?
DENISE: No, de hecho es más probable que pierda el control de cualquier posibilidad de obtener lo que deseo si soy tan inflexible. Al parecer perdí de vista la importancia de la relación cuando me quedé atorada en la idea de que debo tener control y que la otra persona tiene que hacer las cosas a mi manera.
TERAPEUTA: Muy bien, ¿qué tanto cree en eso justo ahora?
DENISE: Por completo.
TERAPEUTA: ¿100%?
DENISE: Sí.
TERAPEUTA: ¿Está segura de que es 100 y no 90 u 80%?
DENISE: No, es 100%.

Durante el resto de la tercera sesión, Denise y el terapeuta revisaron otros casos en que ella había advertido que sus estándares no eran flexibles y sentía el impulso de mostrarse punitiva cuando no se cumplían sus reglas. La sesión terminó con un resumen de los principales problemas que surgieron en las tres primeras sesiones.

Resumen de las sesiones iniciales

En las tres primeras sesiones el terapeuta realizó el trabajo preliminar para el resto del tratamiento. Empezó a hacerlo de inmediato cuando enseñó a Denise a identificar sus pensamientos automáticos negativos. Al hacerlo el terapeuta empezó a entender sus sentimientos de desesperanza y a explorar su aislamiento. Al identificar sus pensamientos en diversas situaciones específicas pudo deducir varios esquemas clave que más tarde resultaron ser cruciales para el pensamiento de Denise: (1) estándares implacables, (2) punitividad, y (3) aislamiento social y alienación. Todo parecía contribuir al aislamiento social y la depresión de Denise. El terapeuta hizo un uso realmente diestro de los pensamientos de Denise en la segunda sesión de la terapia para ayudarla a ver que había distorsionado la evidencia sobre la interacción terapéutica y que había llegado a la

conclusión incorrecta de que el terapeuta sería crítico y punitivo con ella, que le retiraría sus sentimientos positivos, de la misma forma en que Denise tendía a responder ante otros.

Además de identificar pensamientos y distorsiones, el terapeuta guió a Denise a dar pasos concretos para superar su inactividad y retraimiento. Le pidió que sopesara las ventajas y desventajas de permanecer todo el día en casa viendo televisión; descompuso la tarea de asistir a una serie de conferencias en el museo en pasos pequeños que pudiera manejar; y trabajó con ella para desarrollar un programa de actividades a seguir durante la semana.

Por último, el terapeuta utilizó diversas estrategias para demostrarle a Denise que podía poner a prueba la validez de sus pensamientos, desarrollar respuestas racionales y sentirse mejor. Por ejemplo, en el curso de las tres sesiones el terapeuta organizó un experimento, utilizó la reatribución, ofreció puntos de vista alternativos y practicó la técnica de punto-contrapunto.

Un último punto que queremos enfatizar es que el modo terapéutico principal fue el cuestionamiento. La mayor parte de los comentarios del terapeuta adoptaron la forma de preguntas. Esto ayudó a Denise a evaluar sus pensamientos fuera de la sesión e impidió que se sintiera atacada por el terapeuta.

Para el final de esas sesiones iniciales, Denise dijo que se sentía más optimista de que su vida podría cambiar.

Últimas sesiones

Denise continuó llenando el Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales y recabó evidencia de que podía relajar sus estándares y ser más tolerante ante los puntos de vista y las debilidades de otros. Descubrió que gracias a eso se sentía más feliz, consigo misma y con los demás.

El terapeuta preparó varios experimentos con Denise para poner a prueba una serie de creencias: que sus amigos se tornarían más punitivos con ella cuando su comportamiento no fuese perfecto, y que sus relaciones se volverían desagradables e indeseables si relajaba alguno de sus rígidos estándares acerca de cómo deberían comportarse los demás en las relaciones.

Por medio de las tareas graduadas, Denise pudo contrarrestar su tendencia a alejarse acercándose gradualmente a situaciones nuevas y en ocasiones no familiares. Cuando se descubría imponiendo a otros sus estándares de conducta, o advertía el impulso de volverse punitiva, practicaba conductas más abiertas y tolerantes (haciendo preguntas abiertas que reflejaran su comprensión de las respuestas de los demás e inhibiendo los comentarios severos y críticos). Practicó tolerar la incomodidad asociada con esas nuevas conductas hasta que empezó a sentirse más cómoda y natural.

Cuando Denise terminó la terapia, su puntuación en el Inventario de Depresión de Beck-II estaba en el rango normal. La fase del tratamiento dedicada a la reducción de síntomas se completó con éxito en 20 sesiones.

En la siguiente sección se describe y se incluye un caso para ejemplificar la terapia

centrada en los esquemas para la depresión crónica.

TERAPIA CENTRADA EN LOS ESQUEMAS PARA LA DEPRESIÓN CRÓNICA

La terapia centrada en los esquemas, desarrollada por Young (1990/1999; Young *et al.,* 2003), puede usarse con pacientes que presentan episodios depresivos recurrentes; trastorno distímico; inicio de la depresión a una edad temprana; trauma temprano o relaciones familiares adversas (p. ej., la pérdida de un padre en la niñez; abuso sexual, físico o verbal; descuido, y sobreprotección); trastornos de personalidad comórbidos; o un gran número de esquemas tempranos desadaptados (identificados con el Cuestionario de Esquemas de Young (Young, 2005). Young y Klosko (1994) publicaron un libro de autoayuda para permitir que los pacientes entendieran mejor sus esquemas.

Beck y colaboradores (1990, p. 10) advirtieron que; los esquemas son difíciles de alterar. Son mantenidos firmemente en su lugar por elementos conductuales, cognitivos y afectivos. El método terapéutico debe adoptar un enfoque tripartita. Adoptar un enfoque estrictamente cognitivo y tratar de discutir con los pacientes sus distorsiones no va a funcionar. Hacer que el paciente abraccione dentro de la sesión sus fantasías o recuerdos no tendrá éxito por sí solo. Es esencial un programa terapéutico que aborde las tres áreas. Las distorsiones cognitivas de un paciente sirven como señales que apuntan al esquema.

Como resultado, la terapia centrada en los esquemas representa una ampliación importante de la terapia cognitivo-conductual tradicional. Da más énfasis en los patrones y orígenes del desarrollo temprano, las dificultades interpersonales a largo plazo, la relación entre paciente y terapeuta, y los ejercicios enfocados en la emoción o la experiencia.

Estudio de caso de Barbara: depresión crónica

El segundo estudio de caso demuestra el uso de la terapia centrada en los esquemas en una paciente con depresión crónica.

Historia y presentación de los problemas

La paciente, “Barbara”, es una mujer de 46 años sumamente atractiva que había estado casada durante 20 años con George, un alcohólico funcional que trabajaba en Wall Street en un banco de inversión. Había sido el primer matrimonio para ambos, pero una relación muy inestable. Barbara quería tener hijos, pero no había podido concebir de forma natural. Aunque hablaron de tratamientos de fertilización y de adopción, Barbara dijo que George se resistía a esas opciones porque cuestionaba su capacidad para ser una buena madre.

Barbara dijo que al inicio de su relación con George existía una química sexual sumamente fuerte. Sin embargo, también señaló que durante su relación la química había sido errática y que a menudo desaparecía por largos periodos. Comentó que sólo se había sentido realmente feliz con George en los primeros meses de la relación, cuando él era sumamente generoso y atento. Su decisión de casarse con George se basó en la

sensación de que eran el uno para el otro. Se conocieron en un bar de lujo donde Barbara trabajaba como camarera. Sin embargo, una vez que la relación se había establecido, George pasaba la mayor parte de su tiempo libre en bares sin ella, porque a ella no le gustaba beber.

En la época en que llegó para la primera entrevista, Barbara pasaba la mayor parte del tiempo en cama o viendo televisión. Rara vez salía de casa excepto para ir de compras. Las salidas con su madre o con amigas "para levantarse la moral" a menudo terminaban en compras compulsivas, a lo que le seguían los reproches de George, ebrio desde su regreso a casa del bar, por lo que él percibía como falta de gusto, de juicio e inteligencia en lo concerniente a las compras. Barbara entró a tratamiento porque su esposo le dijo que "lo estaba volviendo loco con su conducta ridícula" y que debería ser "arreglada". Barbara reconoció que se sentía muy deprimida. Dijo que este último episodio de depresión empezó después de una pelea particularmente molesta con su marido sobre la idea de adoptar un hijo.

Barbara informó que la mayor parte de su vida había tenido depresión leve a moderada entremezclada con múltiples episodios de depresión mayor. A los 11 años se dio cuenta de que se sentía moderadamente deprimida. Como hija única, al principio dijo que su niñez con su familia había sido "buena", que su madre era extremadamente atenta y dedicada, "una madre muy buena que hacía cualquier cosa por mí". Afirmó que su madre vivía para ella, pero también recordó que en ocasiones caía en depresiones. Recordó que ya a la edad de seis años su madre era emocionalmente inaccesible cuando estaba deprimida.

Barbara describió a su padre como un adicto al trabajo que casi nunca estaba en casa. Cuando estaba en casa se mostraba distante y prefería la soledad de su estudio a interactuar con ella y con su madre. Si Barbara intentaba acercarse a él, la reprendía llamándola "una simplona fastidiosa" y le exigía que lo dejara solo.

Barbara describió su primer episodio depresivo mayor que ocurrió alrededor de los 16 años, después de una ruptura con su primer novio serio. Otros episodios fueron desencadenados por otras rupturas y por los problemas de fertilidad.

Barbara obtuvo una puntuación de 29 en el Inventario de Depresión de Beck-II, lo que la ubicó en el rango severo de la depresión. También completó la tercera edición del Cuestionario de Esquemas de Young (Forma Larga; Young, 2005), y recibió puntuaciones muy altas en los esquemas de privación emocional, imperfección, abandono, dependencia e incompetencia, creer que se tenía derecho a privilegios, fracaso, subyugación, búsqueda de aprobación y negativismo y pesimismo. Su Cuestionario de Modo Esquema (Young *et al.,* 2008) indicó que funcionaba principalmente en los siguientes modos: protector desapegado, sometimiento sumiso, padre punitivo y niño vulnerable.

En la consulta inicial de Barbara, el terapeuta realizó un trabajo adicional de evaluación por medio de imaginería (un procedimiento de evaluación estándar en la terapia centrada en los esquemas). En esta evaluación, a Barbara se le pidió: "Cierre los ojos y deje que su mente flote hasta los primeros recuerdos de su madre". Barbara reportó recuerdos

dolorosos de ser una niña de seis años con su madre en cama, deprimida y emocionalmente inaccesible. Dijo que en esos momentos se sentía perdida y muy asustada. En una sesión subsecuente se utilizó el mismo ejercicio de imaginería en que se pidió a Barbara que recuperara un recuerdo temprano de su padre. En esta imagen el padre de Barbara exhibía un comportamiento intolerante, humillante y de rechazo hacia su hija. Durante el ejercicio reportó que se sentía inaceptable, avergonzada de sí misma y no deseada por él.

En el Inventario Multimodal de la Historia de Vida (Lazarus y Lazarus, 1991), un instrumento de evaluación de 15 páginas que abarca un amplio rango de temas relacionados con sentimientos, pensamientos, conductas y otros temas psicoterapéuticos. Barbara reportó que sus principales problemas eran depresión, sentimientos de infelicidad consigo misma, de vacío y de no ser amada ni apreciada. También mencionó que se le podían aplicar las siguientes conductas: postergación, retraimiento, dificultades para concentrarse, problemas de sueño, llanto y arrebatos de ira. Indicó además que a menudo se sentía triste, deprimida, desdichada, sin esperanza, inútil y solitaria. Avaló las siguientes afirmaciones: "No sé qué hacer con mi vida", "La vida es vacía, un desperdicio", y "No hay nada que desee hacer".

Con base en esta entrevista inicial, a Barbara se le diagnosticó trastorno depresivo mayor, episodio recurrente en el Eje I y trastorno de personalidad dependiente en el Eje II.

Trabajo con los modos del esquema

Esta sección demuestra cómo se usó con Barbara el trabajo con el modo del esquema, un componente importante de la terapia centrada en los esquemas.

El terapeuta cambió a la terapia centrada en los esquemas porque la depresión de Barbara no cedía con la terapia cognitiva estándar. Aunque Barbara había aprendido a cuestionar sus pensamientos automáticos, había identificado y cuestionado sus creencias centrales con respuestas racionales, y había pasado por tareas conductuales graduadas para poner a prueba sus pensamientos y creencias, a un nivel **emocional** nunca aceptó el punto de vista racional, a pesar de la mucha evidencia concreta. Barbara seguía convencida de que era despreciable, inútil y sin esperanza. Sus esquemas tempranos desadaptados continuaban obstinadamente arraigados. El terapeuta decidió que el siguiente paso sería introducir ejercicios enfocados en la emoción para tener acceso a los esquemas de Barbara a un nivel emocional más profundo, utilizando el método de modo del esquema.

En el trabajo con los modos del esquema existen siete pasos generales: (1) aumentar la consciencia de los modos identificando y etiquetando los modos con el paciente; (2) explorar los orígenes de los modos en la niñez y adolescencia y analizar su valor de adaptación; (3) relacionar los problemas y síntomas actuales con los modos desadaptados del paciente; (4) descubrir las ventajas y desventajas de cada modo; (5) usar la imaginería para tener acceso al modo del niño vulnerable; (6) conducir diálogos entre los modos; y (7) generalizar los resultados del trabajo con el modo en la sesión a la vida del

paciente fuera de las sesiones. Las siguientes secciones ilustran cada paso del trabajo con modos para ayudar a Barbara.

Paso 1: aumentar la conciencia de los modos identificando y etiquetando los modos con el paciente

El primer paso ayuda a terapeuta y paciente a conceptualizar el problema en términos de diferentes partes del sí mismo o modos. A partir del Cuestionario de Modos de Esquemas el terapeuta ya estaba al tanto de que Barbara funcionaba principalmente en los modos de protector desapegado, sometimiento sumiso, padre punitivo y niño vulnerable. La sesión revela la manera en que el terapeuta interroga a la paciente de modo que ésta pueda empezar a reconocer y diferenciar esas partes dentro de sí misma.

En esta sección se anima al paciente a etiquetar los modos con términos que le parezcan correctos en lugar de limitarse a aplicar términos genéricos del Cuestionario de Modos de Esquemas. Se anima a los pacientes a encontrar términos que capten mejor los pensamientos, emociones y, o conductas asociadas con cada modo. Una meta importante de este primer paso es ayudar al paciente a observar esas partes y a descentrarse de ellas. Este paso empieza el proceso de interrumpir la automaticidad de los modos.

TERAPEUTA: En nuestras sesiones he advertido que en ocasiones parece usted muy triste, molesta y muy crítica consigo misma, y otras veces parece un poco distraída de lo que está sintiendo, como cuando me contaba del estupendo par de zapatos que encontró en su salida de compras.
BARBARA: Sí, supongo que eso es cierto. Hablar de mis compras me hace sentir mejor.
TERAPEUTA: ¿A qué se refiere cuando dice "mejor"?
BARBARA: Me siento bien.
TERAPEUTA: ¿Se siente feliz, tranquila y contenta?
BARBARA: Siento placer.
TERAPEUTA: ¿De qué forma es placentero?
BARBARA: Siento placer cuando veo cosas bonitas con mi mamá o con mis amigas, y me gusta comprar esas cosas. Eso aleja mi mente de cualquier otra cosa.
TERAPEUTA: ¿Es como si temporalmente se distrajera de otros sentimientos?
BARBARA: Sí, eso es correcto.
TERAPEUTA: ¿Cuáles son esos otros sentimientos?
BARBARA: Es sólo que me siento realmente mal. No puedo soportar esos sentimientos.
TERAPEUTA: Entonces, ¿hay ocasiones en que esta parte de usted sólo quiere distanciarse de esa otra parte que se siente mal?
BARBARA: Sí.
TERAPEUTA: Además de las compras ¿hay algunas otras cosas que la ayuden a distanciarse de esos malos sentimientos?
BARBARA: Bueno, sí, duermo mucho.
TERAPEUTA: ¿Algo más?
BARBARA: Veo televisión, pero la televisión no siempre funciona.

TERAPEUTA: ¿Cómo podríamos llamar a esa parte de usted que quiere alejarse de sentirse mal?
BARBARA: ¿Esa parte de mí? No lo sé. No sé cómo llamarla.
TERAPEUTA: ¿Cómo se siente?
BARBARA: Se siente como si estuviera escapando.
TERAPEUTA: Muy bien, ¿Entonces podríamos llamar a esa parte "el escapista"?
BARBARA: Eso creo… Suena correcto.
TERAPEUTA: Y la parte de usted de la que quiere escapar, ¿puede contarme más de esa parte de usted?
BARBARA: Esa parte se siente mal… realmente mal y terrible.
TERAPEUTA: Permítame escuchar lo que esa parte dice acerca de esos sentimientos.
BARBARA: Soy una mala persona (*empieza a llorar*)… Soy una inútil y buena para nada. Me siento tan desesperada. No sé qué hacer. No puedo resolver nada. Soy una nulidad, un fracaso… ¿De verdad tenemos que hablar de esto?
TERAPEUTA: Barbara, sé que se siente mal tener que estar en contacto con esa parte de usted, pero si puede mantenerse ahí un poco más me ayudará a entender por qué se siente tan mal. ¿Sabe que esto es parte de lo que desea?
BARBARA: Yo quiero sentirme bien.
TERAPEUTA: ¿Qué piensa que podría ayudarla a sentirse mejor?
BARBARA: No lo sé. En realidad no lo sé. Sólo quiero que me arregle. Mi esposo tiene razón. Soy una persona ridícula.
TERAPEUTA: Parece que hay una parte de usted que se siente realmente horrible. Parece como si esa parte escuchara y aceptara lo que su esposo dice de usted, que "es ridícula". Quiero que se abstenga de coincidir con su esposo, y también quiero escuchar más acerca de esta parte de usted que se siente horrible, la parte de usted que desea que todo se arregle. Esa parte… ¿Puede sentirla?
BARBARA: Sí, la siento.
TERAPEUTA: Cuénteme más. ¿Qué cosas quiere arreglar?
BARBARA: No lo sé. Sólo deseo sentirme bien conmigo misma, orgullosa de mí, pero no puedo. Quiero tener un hijo, pero mi esposo no cree que pueda manejarlo. Probablemente tiene razón. Necesito mucha ayuda con la vida cotidiana. No sé cómo manejar nada.
TERAPEUTA: Entonces, ¿cómo podríamos llamar a esta parte de usted, esta parte que se siente horrible y sin esperanza, pero que también quiere sentirse mejor?
BARBARA: No lo sé, ¿usted qué piensa?
TERAPEUTA: Bueno, ¿cómo se siente?
BARBARA: Se siente indefensa, avergonzada y sin esperanza.
TERAPEUTA: ¿De qué edad se siente cuando está en contacto con esta parte de usted?
BARBARA: Me siento joven, muy joven.
TERAPEUTA: ¿Desea llamar a esa parte "Pequeña Barbara Avergonzada [Modo niño vulnerable asociado con esquemas tempranos desadaptados de imperfección, dependencia e incompetencia, ataduras y falta de desarrollo del sí mismo]?

BARBARA: Seguro.
TERAPEUTA: Muy bien. Y ahora esta otra parte, la que está de acuerdo con su esposo y se dice ridícula.
BARBARA: Bueno, soy ridícula y tonta. No puedo enfrentar nada.
TERAPEUTA: Antes de que esté de acuerdo con esa parte, quiero que se dé cuenta de cómo suena esa parte. ¿Cómo le suena esa parte? ¿Le parece crítica?
BARBARA: Sí, pero me lo merezco. Soy tan inútil.
TERAPEUTA: ¿Parece que le resulta difícil escuchar esa parte sin estar automáticamente de acuerdo con ella?
BARBARA: Sí, supongo que es cierto.
TERAPEUTA: Entonces, ¿cómo quiere llamar a esa parte?
BARBARA: No lo sé… Pero… ¿no va a decirme cómo llamarla, o si?
TERAPEUTA: Es correcto.
BARBARA: Muy bien. Supongo que "el crítico" [Modo padre punitivo asociado con esquemas tempranos desadaptados de imperfección y subyugación].

En esta parte de la sesión el terapeuta ayudó a Barbara a empezar a reconocer y etiquetar los modos: el protector desapegado como "el escapista", el padre punitivo como "el crítico" y el niño vulnerable como "la pequeña Barbara avergonzada". Aunque no se ilustra aquí por completo, el terapeuta usó también una secuencia similar de preguntas para ayudarla a identificar otros modos. A partir de este punto de la sesión, quedó claro que "el crítico" (el modo padre punitivo) generaba una enorme cantidad de afecto negativo en Barbara. La única forma aparente en que Barbara podía afrontar la arremetida de declaraciones punitivas de este modo es "el escapista" (modo protector desapegado), en que duerme buena parte de su vida. De otro modo, la experiencia primaria de Barbara consigo misma descansa con "la pequeña Barbara avergonzada" (el modo niño vulnerable), donde se siente defectuosa, inútil, sin esperanza e indefensa.

Paso 2: explorar los orígenes de los modos en la niñez y, o adolescencia

Esta sección ilustra la forma en que el terapeuta ayuda a Barbara a reconocer los orígenes de esos modos. Además, evalúa la fuerza de su modo padre sano.

TERAPEUTA: ¿"El crítico" se parece a alguien que conozca o que haya conocido en su vida?
BARBARA: Sí, se parece a George.
TERAPEUTA: ¿A alguien más?
BARBARA: Sí, se parece a mi papá… justo como mi papá.
TERAPEUTA: ¿De qué forma?
BARBARA: Mi papá solía hablarme de esa manera… siempre que yo trataba de atraer su atención.
TERAPEUTA: ¿Qué edad tenía usted?
BARBARA: Era pequeña, muy pequeña… tres o cuatro… hasta donde recuerdo.

TERAPEUTA: ¿Puede cerrar los ojos y tratar de permitirse sentir de nuevo como esa niña pequeña con su papá?
BARBARA: (*Cierra los ojos*).
TERAPEUTA: Cuénteme lo que sucede.
BARBARA: Me está gritando porque lo jalé del saco.
TERAPEUTA: Permítame escuchar lo que le está diciendo.
BARBARA: "Detente, pequeña alimaña. Eres tan simplona. ¿No puedes encontrar algo mejor que hacer que jalarme del saco? ¡Sal de aquí!"
TERAPEUTA: Y ¿cómo se siente de que él le grite esas cosas?
BARBARA: Me siento estúpida, siento que soy una tarada. No soy nada, soy una alimaña inútil, una fastidiosa.
TERAPEUTA: Suena como si él tuviera razón, o ¿se siente enojada con él?
BARBARA: No, no me siento enojada. Sólo me siento mala (*empieza a llorar*). Sólo soy mala.
TERAPEUTA: Entonces hay una parte de usted que está de acuerdo con él, que se castiga -como lo hacía su padre- pensando que es mala.
BARBARA: Sí.
TERAPEUTA: ¿Y dónde está su mamá?
BARBARA: Me dice que me calle y que lo deje tranquilo. Dice que está cansado porque trabaja todo el día.
TERAPEUTA: ¿Y qué piensa y siente usted cuando ella le dice eso?
BARBARA: Pienso que soy una persona terrible.
TERAPEUTA: Entonces, está recibiendo de sus dos padres el mensaje de que usted es el problema. Parece que sus dos padres le dicen que merece ese trato duro y que hay una parte de usted que les cree, que merece ser castigada porque molestó a su padre. ¿Eso es correcto?
BARBARA: Sí, es correcto.
TERAPEUTA: Entonces también está esa parte punitiva de usted, esa parte que acepta el mensaje de sus padres, el mensaje punitivo de que usted es mala, y un problema, una alimaña.
BARBARA: Sí.
TERAPEUTA: ¿Qué está haciendo su mamá?
BARBARA: Después de un rato ella me saca. Me ve triste y quiere que me sienta mejor. Intenta hacerme sentir mejor dándome algo, como un juguete o algo de comer. Muchas veces me lleva de compras y me compra algo especial.
TERAPEUTA: ¿Y cómo se siente cuando ella hace eso?
BARBARA: Me siento un poco mejor cuando estamos fuera… pero luego me siento mal. Y todavía siento vergüenza porque soy tan mala y tan inútil.
TERAPEUTA: Entonces ¿todavía está por debajo la "pequeña Barbara avergonzada"?
BARBARA: Sí, eso es.
TERAPEUTA: Si hubiera podido reescribir el guion para su familia, una familia con padres ideales, ¿qué habría hecho que pasara?

BARBARA: No tengo idea. No eran malos. Trataban de hacer lo mejor que podían.

TERAPEUTA: Sí, ¿pero qué habría pasado si hubiera tenido un papá que se emocionara de verla al final de su día de trabajo… un papá que disfrutara de llegar a casa con su familia… que disfrutara de hablar con usted y llegar a conocerla, y que jugara con usted?

BARBARA: ¿Quiere decir… un papá que me quisiera?

TERAPEUTA: Sí. Me refiero a un papá que pudiera demostrar su amor por medio de todo tipo de acciones.

BARBARA: Vaya… eso habría sido tan diferente.

TERAPEUTA: ¿Siente algún sentimiento de enojo hacia él ahora que piensa en la manera en que le habló, a esa niña pequeña que sólo trataba de atraer su atención?

BARBARA: No, yo estaba en su camino. Él trabajaba muy duro. Yo tenía que dejarlo tranquilo.

TERAPEUTA: Eso acaba de decir, ¿le recuerda a alguien que conozca?

BARBARA: Sí, se parece a mi madre.

TERAPEUTA: Y ¿qué piensa de eso ahora?

BARBARA: Bueno, ella sólo intentaba mantener la paz y sustituirlo.

TERAPEUTA: Pero ¿qué hay con usted, esa pequeña inocente que sólo quería lo que quieren todos los niños, amor y atención de su padre?

BARBARA: Es triste. Me siento triste por mí.

TERAPEUTA: Correcto. Es triste para usted. Usted es una niña haciendo lo que hacen todos los niños. Los niños tratan de atraer la atención de sus padres, los niños quieren saber que son amados, valorados, apreciados. Usted no era diferente de cualquier otro niño, pero ¿qué está ocurriendo aquí?

BARBARA: (*Llora).*

TERAPEUTA: Nadie le habla a su padre de su conducta horrible hacia usted. Todos se acomodan a él y le hablan a usted como si usted fuera el problema cuando todo lo que está haciendo es lo que hacen los niños pequeños. Y todavía su padre y su madre responden como si usted fuera el problema.

BARBARA: Sí. Tiene razón. ¿Por qué hicieron eso?

TERAPEUTA: ¿Usted cree que había algo malo con usted, o piensa que había algo malo en la forma en que se comportaban con usted?

BARBARA: La forma en que se comportaban conmigo… Es un problema la forma en que me trataban.

TERAPEUTA: Correcto. Ellos son quienes deberían sentir vergüenza por su conducta. No hay nada de qué avergonzarse en su conducta.

En la sección anterior el terapeuta ayudó a Barbara a darse cuenta de los orígenes de "el crítico", la parte de sí misma que había aceptado el mensaje del "padre punitivo" de que ella era el problema. Las preguntas y comentarios del terapeuta también ayudaron a Barbara a percatarse de que el problema no era un defecto inherente en ella sino la conducta de sus padres hacia ella.

El terapeuta ahora dirige la atención de Barbara hacia el origen del modo "el escapista", la parte que buscaba alivio de esos sentimientos terribles acerca de sí misma cuando niña. El terapeuta la ayuda también a tomar más consciencia de que "el escapista" sólo podía proporcionar alivio a corto plazo.

TERAPEUTA: Ahora, cuando tenía usted ese mal sentimiento sobre sí misma cuando niña, el sentimiento de la "pequeña Barbara avergonzada", ¿cómo afrontaba ese sentimiento? ¿Qué cosa hacía?

BARBARA: Durante mucho tiempo no hacía nada. Sólo me sentaba en la cama de mi cuarto y soñaba despierta, deseando que todo fuera diferente. Fantaseaba que era una estrella, una persona hermosa a la que todos adoraban. La gente haría cosas por mí y me daría regalos costosos y ropa que me hicieran lucir aún más hermosa. En ocasiones, cuando mi mamá me sacaba y me compraba cosas, me parecía que estaba haciendo que mi sueño se volviera realidad.

TERAPEUTA: ¿Es "el escapista" la parte de usted que intenta ayudarla a sentirse mejor?

BARBARA: Sí, definitivamente lo es.

TERAPEUTA: ¿Y qué sucedería luego?

BARBARA: Me sentiría mucho mejor, sobre todo al hacerme mayor y recibir mucha atención por mi apariencia, pero a la larga mi papá siempre empezaba a gritar de nuevo. Recuerdo que le gritaba a mi madre por "gastar tanto dinero" simplemente para convertirme en una "tonta bonita".

TERAPEUTA: ¿Entonces los esfuerzos por sentirse mejor a la larga resultaban contraproducentes?

BARBARA: Correcto. Nunca me sentí muy bien por mucho tiempo. Nunca me sentí bien por dentro.

Paso 3: relacionar los problemas y síntomas actuales con modos desadaptados

En esta sección, el terapeuta hace preguntas a Barbara que la ayudan a reconocer la forma en que los modos que desarrolló en la niñez operan todavía en el presente. Barbara empieza a conectar esos modos con la razón por la que se siente tan deprimida, y empieza a advertir el patrón repetitivo en su vida.

TERAPEUTA: Veamos lo que ocurre ahora en su vida. ¿Reconoce alguna relación entre las cosas de las que hemos estado hablando -esas diferentes partes de usted- y la forma en que piensa y siente sobre usted misma y en que afronta su vida ahora?

BARBARA: Sí, todavía intento sentirme bien, o sólo no sentir, siendo "el escapista". Cuando salgo de compras y dejo que mi mamá y mis amigas me vistan, no funciona mejor que antes. Y tampoco funciona dormir todo el tiempo.

TERAPEUTA: ¿A qué se refiere?

BARBARA: Bueno, sólo me siento bien por poco tiempo. Luego, en lugar de que mi papá regrese a casa, ahora soy yo quien llega a casa con George o él llega a casa conmigo. George es tan malo y tan inaccesible como mi papá.

TERAPEUTA: ¿Y qué sucede luego?

BARBARA: Empiezo a sentirme muy mal de nuevo, verdaderamente deprimida. Siento que no vale la pena pasar tiempo conmigo, que soy aburrida e inútil. Me digo todo tipo de cosas terribles sobre mí y estoy de acuerdo con todo lo que George dice de mí. Soy mi peor "crítica". Al final, me siento como la antigua "pequeña Barbara avergonzada" que en realidad nunca se siente mejor. Luego, sólo quiero irme a dormir para escapar de todo. Finalmente empiezo a ver las cosas con más claridad, sigo en el mismo círculo, nada ha cambiado y nada cambia. He sido miserable toda mi vida.

TERAPEUTA: Pero aquí hay un cambio muy importante.

BARBARA: ¿Qué cambio?

TERAPEUTA: Usted empieza a ver y a entender lo que ha estado pasando por mucho tiempo en lugar de quedarse en la rutina sin tener consciencia de las cosas.

Paso 4: descubrir las ventajas y desventajas de cada modo

El terapeuta empieza ahora a hacer preguntas a Barbara concernientes a las ventajas y desventajas de escuchar y seguir a esas diferentes partes de sí misma. Esto ayuda a Barbara a distanciarse más de los modos y aumenta su consciencia de una elección de la forma en que responde.

TERAPEUTA: Cuando esos modos o diferentes partes de usted se desarrollaron, cumplían un propósito. ¿Por qué no hablamos acerca de cada uno de ellos y exploramos sus ventajas y desventajas, tanto en el pasado como en el presente? Empecemos con "el escapista".

BARBARA: Bien, esa parte me hace sentir bien, o al menos no me siento mal.

TERAPEUTA: ¿Por cuánto tiempo?

BARBARA: Por un rato.

TERAPEUTA: ¿Y a la larga? ¿Esa parte la ayuda a sentirse mejor?

BARBARA: No, en realidad no. En realidad no puedo escapar de sentirme mal. A la larga no puedo decir que me siento mejor.

TERAPEUTA: Entonces, ¿hay alguna ventaja en esa parte de usted, "el escapista"?

BARBARA: Me siento ambivalente al respecto.

TERAPEUTA: Seguro. Puedo entenderlo. Si no conoce otra forma de sentirse mejor, cualquier alivio es mejor que ningún alivio en absoluto.

BARBARA: Sí.

TERAPEUTA: Pero en ocasiones es bueno permitirse sentirse mal porque cuando se permite estar en contacto con sus sentimientos, a menudo puede empezar a reconocer lo que se siente mejor a la larga… como encontrar actividades que en realidad le interesen, o que le den un sentido de logro y propósito, o que le proporcionen un sentimiento de disfrute profundo.

BARBARA: Eso tiene sentido, pero no tengo idea de cómo encontrar esas cosas.

TERAPEUTA: Bueno, eso es algo en lo que podemos trabajar juntos.

BARBARA: Eso suena bien.

TERAPEUTA: ¿Y qué hay acerca de "el crítico"? ¿Hay alguna ventaja en escucharlo?
BARBARA: Esa parte me dice lo que está mal conmigo.
TERAPEUTA: ¿Y qué le dice "el crítico" que está mal en usted?
BARBARA: Que soy estúpida y tonta, inútil y fastidiosa.
TERAPEUTA: ¿Piensa que "el crítico" tiene razón?
BARBARA: Por supuesto.
TERAPEUTA: Pero ¿qué piensa si pone las palabras de "el crítico" en la boca de su papá y lo escucha hablar a la pequeña Barbara que lo saluda emocionada cuando regresa a casa del trabajo?
BARBARA: Cuando lo pone de esa forma pienso que es un idiota. Quiero decir, ¿qué piensa que le hace a esta pobre niña? ¿Qué está mal en él?
TERAPEUTA: Correcto. Entonces, ¿hay alguna ventaja en escuchar esas palabras críticas?
BARBARA: No… no, definitivamente no.
TERAPEUTA: ¿Existe alguna desventaja en escuchar a "el crítico"?
BARBARA: Sí, ahora me queda claro por qué esa parte me hace sentir tan mal. Tengo que dejar de escuchar esa parte. Cuando acepto lo que mi papá decía como algo cierto me siento mal, en realidad muy mal, conmigo misma.
TERAPEUTA: ¿Quiere decir que eso saca a relucir el sentimiento de la "pequeña Barbara avergonzada"?
BARBARA: Sí.
TERAPEUTA: ¿Y qué hay acerca de ella? ¿Qué necesita?
BARBARA: Necesita sentirse bien consigo misma. Necesita escuchar cosas buenas sobre ella. Necesita que alguien la escuche y le preste atención, que la quiera.
TERAPEUTA: Estoy de acuerdo.

Paso 5: usar la imaginería para tener acceso al modo niño vulnerable

El terapeuta empieza ahora a involucrar a Barbara en el modo niño vulnerable. Al tener acceso a este modo, terapeuta y paciente pueden empezar a trabajar en los esquemas centrales que son parte de la "pequeña Barbara avergonzada".

TERAPEUTA: Sé que en ocasiones es desagradable permitirse estar en contacto con la "pequeña Barbara avergonzada", pero ¿estaría dispuesta a hacerlo para poder llegar a conocer esa parte de usted y averiguar lo que necesita para sentirse verdaderamente mejor y descubrir lo que se interpone en el camino?
BARBARA: Supongo… (*Cierra los ojos*).
TERAPEUTA: Dígame lo que está sintiendo y pensando justo ahora.
BARBARA: Son los mismos antiguos sentimientos, me siento mal… e inútil. (*Empieza a lucir visiblemente molesta, luego abre los ojos*).
TERAPEUTA: ¿Puede regresar a la "pequeña Barbara avergonzada", puede permitirse sentirla?
BARBARA: Está bien. (*Cierra los ojos de nuevo*).

TERAPEUTA: ¿En dónde está? ¿Qué está haciendo?
BARBARA: Estoy sentada en la cama en mi cuarto. Mi papá acaba de decirme que me fuera.
TERAPEUTA: ¿Y cómo se siente?
BARBARA: Horrible.
TERAPEUTA: ¿Y qué desea?
BARBARA: Quiero que venga mi mamá y que me haga sentir mejor.
TERAPEUTA: ¿Dónde está ella?
BARBARA: Está en su recámara, acostada en su cama. Ella tampoco se siente bien.
TERAPEUTA: Si pudiera convertirla en una mamá sana para que estuviera con usted justo ahora, ¿qué le diría ella? Déjeme escucharla hablar con la pequeña Barbara.
BARBARA: Sabes que está cansado por el trabajo. Si lo dejas tranquilo todo estará bien.
TERAPEUTA: Permítame escuchar lo que piensa de esto la pequeña Barbara.
BARBARA: Eso no ayuda mucho. Todavía se siente molesta y mal.
TERAPEUTA: ¿Qué tal si yo llego en su ayuda?
BARBARA: Está bien.
TERAPEUTA: Usted es una pequeña adorable. A muchos padres les encantaría llegar a casa y recibir ese saludo de su pequeña. Hay algo mal en su padre. ¿Por qué no reconoce que le está ofreciendo algo que es precioso, algo tan especial?… ¿Cómo se siente la pequeña Barbara cuando escucha esto?
BARBARA: Mejor.
TERAPEUTA: Ahora déjeme hablar con su padre.
BARBARA: Está bien.
TERAPEUTA: ¿Cómo puede hablarle a su hija de ese modo? Ella sólo lo recibió en casa con alegría y amor. Y mire cómo le responde. Su respuesta es completamente inapropiada. Está tan cerrado y tan alejado de todo. ¿Qué pasa con usted? ¿No puede ver que tiene una hija hermosa, creativa y cariñosa? Barbara no se merece ese tipo de trato. No voy a permitirlo y dejar que la lastime más… ¿Cómo se siente la pequeña Barbara cuando escucha esto?
BARBARA: Mucho mejor. Me habría gustado que mi mamá le hablara a mi papá de esa forma. Pero usted sabe, si hubiera intentado decirle algo como eso, no lo habría escuchado. Nunca escuchaba a mi mamá. Probablemente le diría algo cruel y luego azotaría la puerta.
TERAPEUTA: Muy bien. ¿Qué le habría gustado que pasara si ocurría algo así?
BARBARA: No lo sé.
TERAPEUTA: Permítame intervenir de nuevo y decirle esto a través de la puerta. Sea que escuche o no, hay un límite, un límite de cuánto tiempo estaremos aquí para usted. Si decide no estar aquí para nosotros, no estaremos aquí para usted.
BARBARA: No creo que cambie.
TERAPEUTA: Entonces, usted y yo, juntos, lo abandonaremos y crearemos una vida mejor.
BARBARA: ¿De verdad eso es posible?

TERAPEUTA: ¿Usted quiere hacer que suceda?
BARBARA: Sí, pero ¿qué pasará con él? Se quedará tan solo.
TERAPEUTA: ¿Quién estará solo?
BARBARA: Él, a menos que nos quedemos.
TERAPEUTA: Pero, si usted se queda, ¿quién estará sola entonces?
BARBARA: Yo.
TERAPEUTA: ¿Quiere seguir ahí por alguien que decidió no estar ahí para usted?
BARBARA: Bueno, no, no, eso no está bien.
TERAPEUTA: ¿Qué quiere hacer entonces?
BARBARA: Quiero irme.

En esta parte de la sesión el terapeuta adoptó el modo del "padre sano" para Barbara porque ella no tiene una plantilla fuerte para este modo. Este es un ejemplo de lo que entendemos por "reparentalidad limitada". En este papel, el terapeuta interviene por cierto tiempo para apoyar al cliente en relación con necesidades básicas no satisfechas de seguridad; estabilidad o predictibilidad; amor, cuidado y atención; aceptación y elogio; empatía; límites realistas; y validación de los sentimientos y necesidades. El terapeuta también cuestiona y desafía los mensajes y creencias no razonables de que esas necesidades deben permanecer sin satisfacer. A medida que empieza a sentirse más segura y más protegida por el "padre sano" por medio de este trabajo, la "pequeña Barbara" deja de sentirse avergonzada de sí misma.

Paso 6: conducir diálogos entre modos

Una vez que los pacientes empiezan a interiorizar el modo del padre sano demostrado por el terapeuta, su propio modo de adulto sano se vuelve más fuerte. El modo de adulto sano de la paciente ahora puede cuestionar y combatir activamente al modo del padre punitivo, lo que le permite apoyar, proteger y sanar al niño vulnerable con la ayuda del terapeuta.

El terapeuta aborda ahora al escapista o modo protector desapegado. En el siguiente segmento el terapeuta establece un diálogo entre los modos del niño vulnerable y el escapista.

TERAPEUTA: ¿Qué le parece si hacemos que la "pequeña Barbara" hable con "el escapista" sobre las cosas que en realidad disfruta?
BARBARA: Está bien… pero ¿cómo hacemos eso?
TERAPEUTA: Primero, quiero que se siente en este lado del sofá. Cuando esté en este lado del sofá, quiero que se permita entrar en contacto con la "pequeña Barbara" y que hable por ella. Hacer que la "pequeña Barbara" hable sobre todas las cosas que le interesan, que la emocionan y que la ayudan a sentirse viva. Y luego quiero se levante y se siente en el otro lado del sofá. Cuando esté en este lado del sofá, quiero que se permita entrar en contacto con "el escapista" y que hable por él. Estaremos yendo de un lado a otro entre esas dos partes de usted para ver lo que resulta. Yo ayudaré a la "pequeña Barbara" si ella me necesita.

BARBARA: [como la "pequeña Barbara"] Usted sabe, una vez hice un vestido en la escuela y me di cuenta de que de verdad me gustaba coser. Era un patrón muy sencillo, nada especial, pero me divertí mucho haciéndolo. Creo que me gustaría tomar una clase para coser de nuevo.

[como "el escapista"] ¿Para qué quieres hacer eso? No va a resultar, sólo te sentirás mal contigo misma. La gente puede pensar que es ridículo que a tu edad quieras aprender a coser. ¿Para qué arriesgarte a sentirte mal o estúpida? ¿Por qué no te acuestas y te olvidas de eso?

[como la "pequeña Barbara] Pero me gustaría hacerlo. Si no empiezo a intentar las cosas que creo que podría disfrutar, nunca sabré lo que me gusta o lo que me hace feliz.. Si sigo escuchándote no haré otra cosa excepto dormir por el resto de mi vida. Quiero tener una vida.

[como "el escapista"] No sé si vale la pena el riesgo de sentirte mal.

[como la "pequeña Barbara"] Incluso si al principio me siento mal, será algo temporal. Es posible que resulte buena en la costura o que pueda descubrir otra cosa en la que sea buena. Si persisto, a la larga encontraré algo.

[como "el escapista"] Está bien, haz lo que quieras.

[como la "pequeña Barbara"] Lo haré.

En este punto el terapeuta se concentró en ayudar a Barbara a descubrir lo que le brinda una sensación interna de alegría y de logro. Esta tarea es difícil para Barbara porque durante muchos de sus primeros años dependió de su madre, sin desarrollar ninguna habilidad o talento especial, y sometiéndose a lo que otros querían que fuese. No obstante, como se ilustra en el segmento anterior, Barbara había empezado a reconocer la importancia de probar nuevas actividades que le interesaran, a pesar de la incomodidad temporal que podría sentir por la posibilidad de fracasar y de sentirse estúpida de nuevo. El paso final en la terapia es tomar las lecciones que aprendió en las sesiones e integrarlas en las experiencias de su vida diaria.

Paso 7: generalizar los resultados del modo de trabajo a la vida real

Barbara decidió inscribirse en un curso de costura y se sorprendió cuando resultó que lo hacía muy bien. Luego decidió tomar dos cursos más, un curso de costura avanzada y otro de diseño de vestuario. Después de esos cursos se ofreció para trabajar en el vestuario de un grupo local de teatro. Barbara recibió mucha atención, elogios y aprecio de sus maestros y sus amigos del teatro. En este punto del tratamiento comentó con su terapeuta: "Sabe, ésta es la primera vez que me siento bien y orgullosa de mí".

A medida que aumentaron la confianza y la red de amigos de Barbara, se mostró menos dispuesta a tolerar las conductas negligentes y humillantes de George hacia ella. También se molestaba cada vez más con el patrón de su madre de disculpar la conducta de George en aras de "mantener la comodidad financiera". Esto contrastaba considerablemente con su aceptación incondicional de su relación con George al inicio del tratamiento.

A medida que empezó a ver los paralelismos entre la forma en que se sentía con George y la forma en que se sentía de niña con sus padres, Barbara empezó a cuestionar si ese era un matrimonio sano para ella. Reconoció que muchas de las conductas de George le hacían daño, justo como lo habían hecho las conductas de sus padres. Aunque Barbara todavía deseaba adoptar un niño, empezó a cuestionar la capacidad de George para ser un buen padre.

La siguiente viñeta de la última sesión del tratamiento de Barbara ilustra lo sana y asertiva que se había vuelto en relación con George:

BARBARA: Me doy cuenta de que cuando George me habla en ese tono condescendiente me siento de nuevo como una niña pequeña con mi padre. No quiero eso. Quiero ser tratada con amor y respeto, y como igual. No está bien que acepte su conducta, ser ignorada y humillada por alguien que se supone que me quiere.
TERAPEUTA: ¿Qué desea hacer?
BARBARA: Creo que estoy lista para confrontar a George por su forma de beber y su conducta abusiva. Ni siquiera puedo pensar en adoptar un niño y llevarlo a nuestra casa si sigue comportándose de esa forma.
TERAPEUTA: ¿Qué desea que suceda?
BARBARA: Quiero que deje de beber y que empiece a tratarme con amor y respeto.
TERAPEUTA: ¿Y si no lo hace? ¿Entonces qué?
BARBARA: Supongo que lo dejaré y que pediré el divorcio.
TERAPEUTA: ¿Y cómo será eso para usted en el peor escenario que pueda imaginar?
BARBARA: En el peor de los casos… usted sabe, creo que estaré bien. Quiero decir, ahora tengo mi propia vida. Tengo mis amigos, y lo tengo a usted si las cosas se ponen realmente difíciles.
TERAPEUTA: Estaré aquí para usted siempre que necesite mi apoyo.
BARBARA: Si, creo que estaré bien.

En este punto del tratamiento Barbara había incorporado por completo el modo del adulto sano y había sanado la mayoría de los esquemas dañinos que habían formado parte de su modo de niño vulnerable. Junto con esos cambios, la depresión de Barbara entró en completa remisión. Poco después de esta sesión Barbara confrontó a su marido. A pesar de la terapia de pareja George se negó a hacer cualquier cambio y Barbara le pidió el divorcio.

Barbara experimentó una recaída de depresión mayor cuando finalizó su divorcio. En este periodo regresaron temporalmente la "pequeña Barbara avergonzada" y "el

escapista". Sin embargo, Barbara pudo reconocer la reaparición del modo del padre punitivo y pudo superarlo con éxito con su ahora más sano modo de adulto sano. Pudo mostrarse empatía y perdonarse, y llorar por la oportunidad perdida de tener su propia familia. Decidió regresar a la escuela y logró convertirse en maestra certificada a nivel de bachillerato, donde enseñaba diseño de vestuario y drama en el departamento de teatro. También desarrolló una relación duradera con un hombre cariñoso y emocionalmente disponible que compartía su pasión por el teatro.

La depresión crónica de Barbara desapareció y, desde entonces, ha estado la mayor parte del tiempo libre de síntomas.

CONCLUSIÓN

La evidencia que demuestra la eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión unipolar y bipolar sigue en aumento. Se ha demostrado que pacientes adolescentes, adultos y ancianos se benefician de la terapia cognitiva.

La terapia cognitiva ayuda a los pacientes a entender las relaciones entre sus pensamientos, conductas y sentimientos. Las cogniciones son "puestas a prueba" examinando la evidencia, preparando experimentos *in vivo*, sopesando las ventajas y desventajas, realizando tareas graduadas y empleando otras estrategias de intervención. Durante este proceso los pacientes empiezan a verse a sí mismos y a sus problemas de manera más realista, a sentirse mejor, a cambiar sus patrones desadaptados de conducta, y a dar pasos para resolver dificultades de la vida real. Esos cambios tienen lugar como resultado directo de la asignación de tareas de autoayuda planeadas con cuidado, lo que constituye una de las marcas distintivas del tratamiento cognitivo. La terapia cognitiva disminuye los síntomas al ayudar a los pacientes a identificar y modificar los pensamientos automáticos y las conductas asociadas con ellos.

Una ampliación de la terapia cognitiva, denominada terapia centrada en los esquemas, se desarrolló para lidiar con las estructuras psicológicas más profundas que predisponen a los pacientes a la depresión crónica. Después de utilizar intervenciones dirigidas a una reducción inicial de los síntomas, se ha dedicado mucha atención y esfuerzo a la identificación y modificación de los esquemas y modos subyacentes que con frecuencia predisponen a los individuos a la depresión crónica.

Luego de una evaluación meticulosa, se pone en práctica un componente exhaustivo de cambio. En esta fase del tratamiento, los pacientes llegan a entender sus propios esquemas y modos, sus orígenes en el desarrollo, y la forma en que esos patrones disfuncionales de esquemas son desencadenados, reforzados y mantenidos.

A lo largo del tratamiento los terapeutas cognitivos mantienen una alianza colaborativa con sus pacientes. Están muy activos en la estructuración de las sesiones, aunque tengan que recorrer distancias considerables para ayudar a sus pacientes a llegar por sí mismos a conclusiones. Los terapeutas actúan como guías que ayudan a los pacientes a maniobrar en el laberinto de cogniciones y patrones de vida disfuncionales. Como resultado, los pacientes desarrollan las herramientas psicológicas que necesitan para volverse más proactivos para hacer los cambios cognitivos, afectivos, interpersonales y conductuales que permiten minimizar episodios futuros de depresión.

REFERENCIAS

Albon, J. S., & Jones, E. E. (2003). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, *159*(5), 775–783.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Antonuccio, D. O., Danton, W. G., & DeNelsky, G. Y. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice*, *26*(6), 574–585.

Antonuccio, D. O., Thomas, M., & Danton, W. G. (1997). A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (Prozac) in the treatment of depression. *Behavior Therapy*, *28*, 187–210.

Arnow, B. A., Manber, R., Blasey, C., Klein, D. N., Blalock, J. A., Markowitz, J. C., et al. (2003). Therapeutic reactance as a predictor of outcome in the treatment of chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(6), 1025–1035.

Bailleux, S., Romo, L., Kindynis, S., Radtchenko, A., & Debray, Q. (2008). Study of the bonds between early maladaptive schemas and strategies of coping (among alcoholdependent patients and depressed patients). *Journal de Therapie Comportementale et Cognitive, 18*(1), 19–25.

Ball, J. R., Mitchell, P. B., Corry, J. C., Skillecorn, A., Smith, M., & Malhi, G. S. (2006). A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: Focus on longterm change. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*, 277–286.

Barber, J. P., & DeRubeis, R. J. (1989). On second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, *13*(5), 441–457.

Barlow, D. H., & Hofmann, S. G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 95–117). Oxford, UK: Oxford University Press.

Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winer, R., & Williams, J. M. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study, *Behaviour Research and Therapy, 47*(5), 366–373.

Basco, M. R., & Rush, A. J. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder.* New York: Guilford Press.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.

Beck, A. T. (1988). *Love is never enough.* New York: Harper & Row.

Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment.* Philadephia: University of Pennsylvania Press. Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders.* New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.

Beck, J. S. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Bellino, S., Zizza, M., Rinaldi, C., & Bogetto, F. (2007). Combined therapy of major depression with concomitant borderline personality disorder: Comparison of interpersonal and cognitive psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry, 52*(11), 718–725.

Berger, T., Hammerli, K., Gubser, N., Andersson, G., & Caspar, F. (2011). Internet-based treatment of depression: A randonmized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cognitive Behavioral Therapy, 40*(4), 251–266.

Berndt, E. R., Koran, L. M., Finkelstein, S. N., Gelenberg, A. J., Kornstein, S. G., Miller, I. M., et al. (2000).

Lost human capital from early-onset chronic depression. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 940–947.
Beutler, L. E., Scogin, F., Kirkish, P., Schretlen, D., Corbishley, A., Hamblin, D., et al. (1987). Group cognitive therapy and alprazolam in the treatment of depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*(4), 550–556.
Bhar, S. S., Gelfand, L. A., Schmid, S. P., Gallop, R., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., et al. (2008). Sequence of improvement in depressive symptoms across cognitive therapy and pharmacotherapy. *Journal of Affective Disorders, 110* (1–2), 161–166.
Biggs, M. M., & Rush, A. J. (1999). Cognitive and behavioral therapies alone or combined with antidepressant medication in the treatment of depression. In D. S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy indications and outcomes* (pp.121– 172). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Blackburn, I. M., Bishop, S., Glen, A. I. M., Whalley, L. J., & Christie, J. E. (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, *139*, 181–189.
Bledsoe, S. E., & Grote, N. K. (2006). Treating depression during pregnancy and the postpartum: A preliminary meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, *16*(2), 109–120.
Bockting, C. L. H., Schene, A. H., Spinhoven, P., Koeter, M.
W. J., Wouters, L. F., Huyser, J., et al. (2005). Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 647–657.
Bowers, W. A. (1990). Treatment of depressed in-patients: Cognitive therapy plus medication, and medication alone. *British Journal of Psychiatry*, *156*, 73–58.
Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., et al. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine, 9,* 90.
Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2000). Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(1), 46–56.
Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(3), 497–504.
Castonguay, L. G., Schut, A. J., Aikens, D., Constantino, M. J., Laurenceau, J. P., Bolough, L., et al. (2004). Integrative cognitive therapy: A preliminary investigation. *Journal of Psychotherapy Integration*, *14*(1), 4–20.
Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). Current depression among adults—United States, 2006 and 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 59*(38), 1229–1235.
Chapman, D. P., Perry, G. S., & Strine, T. W. (2005). The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Preventing Chronic Disease, 2*, A14. Retrieved from www.csc.gov/pdc/issues/jan/04_0066.htm.
Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, *82*(2), 217– 225.
Cipriani, A., Santilli, C., Furukawa, T. A., Signoretti, A., Nakagawa, A., McGuire, H., et al. (2009). Escitalopram versus other antidepressant agents for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2,* CD006532.
Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press,
Colom, F., Vieta, E., Martinez, A., Jorquera, A., & Gastó, C. (1998). What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics*, *67*, 3–9.
Cong, E., Li, Y., Shao, C., Chen, J., Wu, W., Shang, X., et al. (2012). Childhood sexual abuse and the risk of recurrent major depression in Chinese women. *Psychological Medicine, 42*, 409–417.
Connolly, K. R., & Thase, M. E. (2012). Emerging drugs for major depressive disorder. *Expert Opinion on Emerging Drugs, 17*(1), 105–126.
Conte, H. R., Plutchik, R., Wild, K. V., & Karasu, T. B. (1986). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, *43,* 471–479.
Craighead, W. E., Miklowitz, D. J., Vajk, F. C., & Frank, E. (1998). Psychological treatments for bipolar disorder. In P.
E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 240–248). New York: Oxford University

Press.
Crews, W. D., Jr., & Harrison, D. W. (1995). The neuropsychology of depression and its implications for cognitive therapy. *Neuropsychology Review*, *5*(2), 81–123.
Curry, J. F. (2001). Specific psychotherapies for childhood and adolescent depression. *Biological Psychiatry*, *49*, 1091–1100.
de Oliveira, I. R. (1998). The treatment of unipolar major depression: Pharmacotherapy, cognitive behaviour therapy or both? *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, *23*, 467–475.
DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, *14*(5), 469–482.
DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., & Simons, A. D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, *156*(7), 1007–1013.
DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., et al. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 409–416.
DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Grove, W. M., Evans, M. D., Garvey, M. J., & Tuason, V. B. (1990). How does cognitive therapy work?: Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*(6), 862–869.
Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallon, R., et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 468–477.
Dobson, K. S., & Pusch, D. (1993). Towards a definition of the conceptual and empirical boundaries of cognitive therapy. *Australian Psychologist*, *28*(3), 137–144.
Dougherty, L. R., Klein, D. N., & Davila, J. (2004). A growth curve analysis of the course of dysthymic disorder: The effects of chronic stress and moderation by adverse parent– child relationships and family history. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(6), 1012–1021.
Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the adverse child-hood experiences study. *Journal of the American Medical Association*, *286*, 3089–3096.
Eberhart, N. K., Auerbach, R. P., Bigda-Peyton, J., & Abela, J. R. Z. (2011). Maladaptive schemas and depression: Tests of stress generation and diathesis–stress models. *Journal of Social and Clinical Psychology, 30*(1), 75–104.
Eifert, G. H., Beach, B. K., & Wilson, P. H. (1998). Depression: Behavioral principles and implications for treatment and relapse prevention. In J. J. Plaud & G. H. Eifers (Eds.), *From behavior theory to behavior therapy* (pp. 68–97). Boston: Allyn & Bacon.
Eisendrath, S., Chartier, M., & McLane, M. (2011). Adapting mindfulness-based cognitive therapy for treatmentresistant depression: A clinical case study. *Cognitive Behavioral Practice, 18*(3), 362–370.
Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., & Shaw, B. F. (1996). Science is not a trial (but it can sometimes be a tribulation). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(1), 92–103.
Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., et al. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 971–982.
Evans, M. D., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Piaseki, J. M., Grove, W. M., Garvey, M. J., et al. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. In D. S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy indication and outcomes* (pp. 802–808). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Farrell, J., & Shaw, I. A. (2012). *Group schema therapy for borderline personality disorder: A step-by-step treatment manual with patient workbook*. Malden, MA: WileyBlackwell.
Farrell, J., Shaw, I. A., & Webber, M. (2009). A schemafocused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized control trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*, 317–328.
Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Canestrari, R., & Morphy, M. A. (1998). Six-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *American Journal of Psychiatry*, *155*(10),

1443–1445.
Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., & Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, *55*(9), 816–820.
Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., & Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior based skills group for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 47*(4), 316–321.
Feng,C. Y., Chu, H., Chen, C. H., Chang, Y. S., Chen, T. H. Chou, Y. H., et al. (2012). The effect of cognitive behavioral group therapy for depression: A meta-analysis 2000– 2010. *Worldviews Evidence Based Nursing, 9*(1), 2–17.
Floyd, M., Scogin, F., McKendree-Smith, N. L., Floyd, D. L., & Rokke, P. D. (2004). Cognitive therapy for depression: A comparison of individual psychotherapy and bibliotherapy for depressed older adults. *Behavior Modification*, *28*(2), 297–318.
Fournier, J. C., De Rubeis, R. J., Shelton, R. C., Gallop, R., Amsterdam, J. D., & Hollon, S. D. (2008). Antidepressant medications versus cognitive therapy in depressed patients with or without personality disorder. *British Journal of Psychiatry, 192*(2), 124–129.
Frank, E. (1996). Long-term treatment of depression: Interpersonal psychotherapy with and without medication. In C. Mundt & M. J. Goldstein (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (pp. 303–315). London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
Frank, E., & Thase, M. E. (1999). Natural history and preventative treatment of recurrent mood disorders. *Annual Review of Medicine*, *50*, 453–468.
Free, M. L., Oei, T. P. S., & Appleton, C. (1998). Biological and psychological processes in recovery from depression during cognitive therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *29*, 213–226.
Freeman, A., & Davison, M. R. (1997). Short-term therapy for the long-term patient. In L. Vandecreek, S. Knapp, & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (pp. 5–24). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
Futterman, A., Thompson, L., Gallagher-Thompson, D., & Ferris, R. (1995). Depression in later life: Epidemiology, assessment, etiology, and treatment. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 494–525). New York: Guilford Press.
Gallagher-Thompson, D., Hanley-Peterson, P., & Thompson, L. W. (1990). Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*(3), 371–374.
Garyfallos, G., Adarnopoulo, A., Karastergiou, A., Voikli, M., Sotiropoulo, A., Donias, S., et al. (1999). Personality disorders in dysthymia and major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 99*(5), 332–340.
Geddes, J. R., Carney, S. M., Davies, C., Furukawa, T. A., Kupfer, D. J., Frank, E., et al. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: A systematic review. *Lancet*, *361*, 653–661.
Gelder, M. G. (1994). Cognitive therapy for depression. In H. Hippius & C. N. Stefanis (Eds.), *Research in mood disorders: An update* (Vol. 1, pp. 115–124). Goettingen, Germany: Hogrefe & Huber.
Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: A randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused therapy. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 649–658.
Gilson, M., Freeman, A. M., Yates, J., & Freeman, S. M. (2009). *Overcoming depression: A cognitive therapy approach* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, *49*, 59–72.
Halvorsen, M., Wang, C. E., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2010). Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study. *Cognitive Therapy Research, 34,* 368–379.
Halvorsen, M., Wang, C. F., Richter, J., Myrland, I., Pedersen, S. K., Eisemann, M, et al. (2009). Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 16*(5), 394–407.
Hardeveld, F., Spijker, J., de Graaf, R., Nolen, W. A., & Beekman, A. T. F. (2010). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 122,*184–191.
Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacob, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills

training group for treatment-resistant depression, *Journal of Nervous and Mental Diseases, 196*(2), 136–143.
Harrington, R., Wood, A., & Verduyn, C. (1998). Clinically depressed adolescents. In P. J. Graham (Ed.), *Cognitivebehaviour therapy for children and families* (pp. 156– 193). New York: Cambridge University Press.
Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 25*(4), 257–276.
Hayden, E. P., & Klein, D. N. (2001). Predicting outcome of dysthymic disorder at a 5-year follow-up: The impact of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1864–1870.
Hayes, A. M., & Strauss, J. L. (1998). Dynamic systems theory as a paradigm for the study of change in psychotherapy: An application to cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(6), 939–947.
Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, *49*, 1023–1039.
Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E., & Binder, J. L. (1993). The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 434– 440.
Hollon, S. D. (1998). What is cognitive behavioural therapy and does it work? *Current Opinion in Neurobiology*, *8*, 289–292.
Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., & Evans, M. D. (1996). Cognitive therapy in the treatment and prevention of depression. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 293–317). New York: Guilford Press.
Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Weimer, M. J., Garvey, M. J., Grove, W. M., et al. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy: Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 774–781.
Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 417–422.
Hollon, S. D., & Shelton, R. C. (2001). Treatment guidelines for major depressive disorder. *Behavior Therapy*, *32*, 235– 258.
Hollon, S. D., Shelton, R. C., & Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*(1), 88–99.
Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, *3*, 39–77.
Howland, R. H. (1993). Chronic depression. *Hospital and Community Psychiatry*, *44*, 633–639.
Ingram, R. E., & Holle, C. (1992). Cognitive science of depression. In D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 187–209). San Diego, CA: Academic Press.
Jacobson, N. S., & Hollon, S. D. (1996). Cognitive-behavior therapy versus pharmacotherapy: Now that the jury's returned its verdict, it's time to present the rest of the evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(1), 74–80.
Jarrett, R. B. (1995). Comparing and combining short-term psychotherapy and pharmacotherapy for depression. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 435–464). New York: Guilford Press.
Jarrett, R. B., Kraft, D., Doyle, J., Foster, B. M., Eaves, G. G., & Silver, P. C. (2001). Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without continuation phase. *Archives of General Psychiatry*, *58*(4), 381–388.
Jarrett, R. B., & Nelson, R. O. (1987). Mechanisms of change in cognitive therapy of depression. *Behavior Therapy*, *18*, 227–241.
Jarrett, R. B., Schaffer, M., McIntire, D., Witt-Browder, A., Kraft, D., & Risser, R. C. (1999). Treatment of atypical depression with cognitive therapy or phenelzine: A double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 431–437.
Jarrett, R. B., & Thase, M. E. (2010). Comparative efficacy and durability of continuation phase cognitive therapy for preventing recurrent depression: Design of a doubleblinded, fluoxetine-and pill-placebo-contolled,

randomized trial with 2-year follow-up. *Contemporary Clinical Trials, 31*(4), 355–377.
Jarrett, R. B., Vittengl, J. R., & Clark, L. A. (2008). How much cognitive therapy, for which patients, will prevent depressive relapse. *Journal of Affective Disorders, 111*(2– 3), 185–192.
Joffe, R., Segal, Z., & Singer, W. (1996). Change in thyroid hormone levels following response to cognitive therapy for major depression. *American Journal of Psychiatry*, *153*(3), 411–413.
Johansson, R., & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics, 12* (7), 861–870.
Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Carter, J. D., Rae, A. M., Luty, S. E., Frampton, C. M. A., et al. (2007). Temperament, character and personality disorders as predictors of response to interpersonal psychotherapy and cognitivebehavioural therapy for depression. *British Journal of Psychiatry, 190*, 503–508.
Keller, M. B., & Bolland, R. J. (1998). Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biological Psychiatry, 44*(5), 348–360.
Keller, M. B., & Hanks, D. L. (1995). Course and natural history of chronic depression. In J. H. Kocsis & D. N. Klein (Eds.), *Diagnosis and treatment of chronic depression* (pp. 58–72). New York: Guilford Press.
Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. F., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., et al. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, *342*, 1462–1470.
Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLean, C., Neale, M. C., Heath, A. C., et al. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 833–842.
Kessler, R. C., Akiskal, H. S., Ames, M., Birnbaum, H., Greenberg, P. A., Jin, R., et al. (2006). Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *American Journal of Psychiatry*, *163*(9), 1561–1568.
Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Internal Journal of Methods in Psychiatric Research, 21*(3), 169–184.
Klein, D. N., Santiago, N. J., Vivian, D., Blalock, J. A., Kocsis, J. H., Markowitz, J. C., et al. (2004). Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy as a maintenance treatment for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 681–688.
Kocsis, J. H., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., Klein, D. N., Trivedi, M. H., Manber, R., et al. (2009). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression: the REVAMP Trial. *Archives of General Psychiatry, 66*(11), 1178–1188.
Koder, D. A., Brodaty, H., & Anstey, K. J. (1996). Cognitive therapy for depression in elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *11*(2), 97–107.
Kupfer, D. J., Frank, E., & Wamhoff, J. (1996). Mood disorders: Update on prevention of recurrence. In C. Mundt, M. M. Goldstein, K. Hahlweg, & P. Fiedler (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (pp. 289–302). London: Gaskell. Lam, D. H., Hayward, P., Watkins, E. R., Wright, K., & Sham, P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: Cognitive therapy outcome after 2 years. *American Journal of Psychiatry*, *162*(2), 324–329.
Lazarus, A. A., & Lazarus, C. N. (1991). *Multimodal Life History Inventory* (2nd ed.). Champaign, IL: Research Press.
Leahy, R. L. (2010). *Beat the blues before they beat you.* New York: Hay House.
Lee, C. W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, *23*(4), 441–451.
Levendusky, P. G., & Hufford, M. R. (1997). The application of cognitive-behavior therapy to the treatment of depression and related disorders in the elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry*, *30*(2), 227–238.
Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
Lizardi, H., Klein, D. N., Ouimette, P. C., Riso, L. P., Anderson, R. L., & Donaldson, S. K. (1995). Reports of

the childhood home environment in early onset dysthymia and episodic major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*, 132–139.
Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skillstraining manual for therapists*. Richmond, BC, Canada: Raincoast Books.
Luty S. E., Carter, J. D., McKenzie, J. M., Rae, A. M., Frampton, C. M. A., Mulder, R. T. et al. (2007). Randomized controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *British Journal of Psychiatry, 190,* 496–502.
Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(1), 31–40.
Manicavasagar, V., Perich, T., & Parker, G. (2012). Cognitive predictors of change in cognitive behavior therapy and mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 40,* 227–232.
Mathew, K. L., & Whitford, H. S. (2010). The long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy as a relapse prevention treatment for major depressive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38,* 561–576.
Mathys, M., & Mitchell, B. G. (2011). Targeting treatmentresistant depression. *Journal of Pharmacological Practice, 24*(6), 520–533.
Matthew, K. L., Whitford, H. S., Kenny, M. A., & Denson, L. A. (2010). The long-term effects of mindfulness-bassed cognitive therapy as a relapse prevention treatment for major depressive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38*, 561–576.
McCullough, J. P., Jr. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford Press.
McCullough, J. P., Jr. (2003). Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, *13*(3/4), 241–263.
McGinn, L. K., & Young, J. E. (1996). Schema-focused therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 182–207). New York: Guilford Press.
Meterissian, G. B., & Bradwejn, J. (1989). Comparative studies on the efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination in depression: Was adequate pharmacotherapy provided? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *9*, 334–339.
Miller, I. W., Norman, W. H., Keitner, G. I., Bishop, S., & Dow, M. G. (1989). Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients. *Behavior Therapy*, *20*, 25–47.
Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *2*, 1–27.
Murphy, G. E., Simmons, A. D., Wetzel, R. D., & Lustman, P. J. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy, singly and together, in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, *41*, 33–41.
National Institute of Mental Health. (2006). The numbers count: Mental disorders in America (Publication No. 064584). Retrieved April 6, 2007, from *www.nimh.nih.gov/ publicat/numbers.*
Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N. A., & Gyulai, L. (2002). *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
Nierenberg, A. A., Keefe, B. R., Leslie, V. C., Alpert, J. E., Pava, J. A., Worthington, J. J., III, et al. (1999). Residual symptoms in depressed patients who respond acutely to fluoxetine. *Journal of Clinical Psychiatry*, *60*(4), 221–225.
Oei, T. P. S., & Free, M. L. (1995). Do cognitive behavior therapies validate cognitive models of mood disorders?: A review of the empirical evidence. *International Journal of Psychology, 30*(2), 145–180.
Oei, T. P. S., & Shuttlewood, G. J. (1996). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A case of cognitive therapy for depression. *Clinical Psychology Review*, *16*(2), 83–103.
O'Leary, K. D., & Beach, S. R. H. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord. *American Journal of Psychiatry*, *147*(2), 183–186.
Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., Elinson, L., Tanielian, T., & Pincus, H. A. (2002). National trends in the outpatient treatment of depression. *Journal of the American Medical Association*, *287*, 203–209.

Overholser, J. C. (1998). Cognitive-behavioral treatment of depression, part X: Reducing the risk of relapse. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *28*(4), 381–396.
Padesky, C. A., with Greenberger, D. (1995). *A clinician's guide to mind over mood.* New York: Guilford Press.
Paykel, E. S. (2007). Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology, 10,* 131–136.
Paykel, E. S., Scott, J., Teasdale, J. D., Johnson, A. L., Garland, A., Moore, R., et al. (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 829–835.
Peeters, F., Huibers, M., Roelofs, J., van Breulkelen, G., Hollon, S. D., Markowitz, J. C., et al. (2013). The clinical effectiveness of evidence-based interventions for depression: A pragmatic trial in routine practice. *Journal of Affective Disorders, 145*(3), 349–355.
Pepper, C. M., Klein, D. N., Anderson, R. L., Riso, L. P., Ouimette, P. C., & Lizardi, H. (1995). DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *American Journal of Psychiatry, 152*(2), 239–247.
Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, *12*(6), 557–575.
Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum, M., Rosie, J. S., O'Kelly, J. G., et al. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive psychotherapy. *Psychotherapy*, *36*, 114–122.
Quilty, L. C., McBride, C., & Bagby, R. M. (2008). Evidence for the cognitive mediational model of cognitive behavioral therapy for depression. *Psychological Medicine, 38*(11), 1531–1541.
Randolph, J. J., & Dykman, B. M. (1998). Perceptions of parenting and depression-proneness in the offspring: Dysfunctional attitudes as a mediating mechanism. *Cognitive Depressive Disorders*, *21*, 401–449.
Rehm, L. P. (1990). Cognitive and behavioral theories. In B.
B. Wolman & G. Stricker (Eds.), *Depressive disorders: Facts, theories, and treatment methods* (pp. 64–91). New York: Wiley.
Reinecke, M. A., Ryan, N. E., & DuBois, D. L. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and metaanalysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*(1), 26–34.
Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders, 136,* 581–590.
Riso, L. P., du Toit, P. L., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J. S., et al. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *112*(1), 72–80. Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., et al. (2006). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research, 30*(4), 515–529.
Roberts, J. E., & Hartlage, S. (1996). Cognitive rehabilitation interventions for depressed patients. In P. W. Corrigan & S. C. Yudofsky (Eds.), *Cognitive rehabilitation for neuropsychiatric disorders* (pp. 371–392). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and imipramine in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, *1*, 17–37.
Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D., et al. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one of several treatment steps: A STAR*D report. *American Journal of Psychiatry, 163,* 1905–1917.
Sacco, W. P., & Beck, A. T. (1995). Cognitive theory and therapy. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 329–351). New York: Guilford Press.
Sachs-Ericsson, N., Verona, E., Joiner, T., & Preacher, K. J. (2006). Parental abuse and mediating role of self-criticism in adult internalizing disorders. *Journal of Affective Disorders*, *93*(1–3), 71–78.
Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 235– 254). New York: Oxford University Press.
Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal processes in cognitive therapy.* New York: Basic Books.
Safran, J. D., Segal, Z. V., Vallis, T. M., Shaw, B. F., & Samstag, L. W. (1993). Assessing patient suitability for shortterm cognitive therapy with an interpersonal focus. *Cognitive Therapy and Research*, *17*(1), 23–38.
Salkovskis, P. M. (Ed.). (1996). *Frontiers of cognitive therapy: The state of the art and beyond.* New York:

Guilford Press.
Sava, F. A., Yates, B. T., Lupu, V., Szentagotai, A., & David, D. (2009). Cost-effectiveness and cost-utility of cognitive therapy, rational emotive behavioral therapy, and fluoxetine (Prozac) in treating depression: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology, 65* (1), 36–52.
Schmidt, N. B. (1994). The Schema Questionnaire and the Schema Avoidance Questionnaire. *Behavior Therapist*, *17*(4), 90–92.
Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemata. *Cognitive Therapy and Research, 19*(3), 295–321.
Schramm, E., Zobel, I., Dykierek, P., Kech, S., Brakemeier, E., Kutz, A., et al. (2011). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus interpersonal psychotherapy for early-onset chronic depression: A randomized pilot study. *Journal of Affective Disorders, 129*, 109–116.
Scott, J. (1996a). Cognitive therapy of affective disorders: A review. *Journal of Affective Disorders*, *37*, 1–11.
Scott, J. (1996b). The role of cognitive behaviour therapy in bipolar disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *24*(3), 195–208.
Scott, J. (2000). New evidence in the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, *342*, 1518– 1520.
Scott, J., Palmer, S., Paykel, E., Teasdale, J., & Hayhurst, H. (2003). Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression. *British Journal of Psychiatry*, *182*, 221–227.
Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
Shaw, B. F., & Segal, Z. V. (1999). Efficacy, indications, and mechanisms of action of cognitive therapy of depression. In D. S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy indications and outcomes* (pp. 173–196). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Shea, M. T., & Elkin, I. (1996). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. In C. Mundt, M. J. Goldstein, K. Hahlweg, & P. Fiedler (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (pp. 316–328). London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F., et al. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, *49*(10), 782–787.
Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Collins, J. F., Elkin, I., Sotsky, S. M., et al. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, *147*(6), 711–718.
Simons, A. D., Murphy, G. D., Levine, J. L., & Wetzel, R. D. (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Sustained improvement over 1 year. *Archives of General Psychiatry*, *43*, 43–48.
Spanier, C. A., Frank, E., McEachran, A. B., Grochocinski, V. J., & Kupfer, D. J. (1999). Maintenance interpersonal psychotherapy for recurrent depression: Biological and clinical correlates and future directions. In D. S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy indications and outcomes* (pp. 249– 273). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Spirito, A., Esposito-Smythers, C., Wolff, J., & Uhl, K. (2011). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 20*(2), 191–204.
Stein, D. J., & Young, J. E. (1992). Schema approach to personality disorders. In *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 271–288). San Diego, CA: Academic Press.
Stirman, S. W., Miller, C. J., Toder, K., Calloway, A., Beck, A. J., Evans, A. C., et al. (in press). Perspectives on cognitive therapy training within community mental health settings: Implications for clinical satisfaction and skill development. *Depression Research and Treatment*.
Strine, T. W., Mokdad, A. H., Balluz, L. S., Gonzalez, O., Crider, R., Berry, J. T., et al. (2008). Depression and anxiety in the United States: Findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Psychiatric Services*, 59(12), 1383–1309.
Stuart, S., & Bowers, W. A. (1995). Cognitive therapy with inpatients: Review and meta-analysis. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *9*(2), 85–92.
Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2008). Results from 2007 National

Survey on Drug Use and Health: National Findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-34, DHHS Publication No. SMA 08-4343). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Sullivan, M. J. L., & Conway, M. (1991). Dysphoria and valence of attributions for others' behavior. *Cognitive Therapy and Research*, *15*(4), 273–282.

Teasdale, J. D. (1997a). Assessing cognitive mediation of relapse prevention in recurrent mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *4*, 145–156.

Teasdale, J. D. (1997b). The relationship between cognition and emotion: The mind-in-place in mood disorders. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behavior therapy* (pp. 67–93). Oxford, UK: Oxford University Press.

Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(2), 275–287.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 25–39.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulnessbased cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(4), 615–623.

Thase, M. E. (1992). Long-term treatments of recurrent depressive disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 53*(Suppl. 9), 32–44.

Thase, M. E. (1999). How should efficacy be evaluated in randomized clinical trials of treatments for depression? *Journal of Clinical Psychiatry*, *60*(Suppl. 4), 23–32.

Thase, M. E. (2011). Antidepressant combinations: Widely used, but far from empirically validated. *Canadian Journal of Psychiatry, 56*(6), 317–323.

Thase, M. E., Bowler, K., & Harden, T. (1991). Cognitive behavior therapy of endogenous depression: Part 2. Preliminary findings in 16 unmedicated inpatients. *Behavior Therapy*, *22*, 469–477.

Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 710–720.

Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, *292*(7), 807–820.

Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team. (2007). Long term effectiveness and safety outcomes. *Archives of General Psychiatry, 64*, 1132–1144.

Trivedi, M. H., Fava, M., Wisniewski, S. R., Thase, M. E., Quitkin, F., Warden, D., et al. (2006). Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. *New England Journal of Medicine, 354*, 1243–1252.

Truax, C. B., & Mitchell, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 299–344). New York: Wiley.

van Aalderen, J. R., Donders, A. R. T., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H. P., & Speckens, A. E. M. (2012). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 42,* 989–1001.

Versiani, M. (1998). Pharmacotherapy of dysthymic and chronic depressive disorders: Overview with focus on moclobemide. *Journal of Affective Disorders*, *51*(3), 323–332. Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. D., & Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitivebehavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(3), 475–488.

Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Jarrett, R. B. (2009). Continuation-phase cognitive therapy's effect on remission and recovery from depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 367–371.

Vocisano, C., Klein, D., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J. A., Rothbaum, B., et al. (2004). Therapist variables that predict symptom change in psychotherapy with chronically depressed outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, *41*(3), 255–265.

Vos, T., Corry, J., Haby, M. M., Carter, R., & Andrews, G. (2005). Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy and drug interventions for major depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *39*(8), 683–692.

Wang, C. E., Halvorsen, M., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2010). Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41*(4), 389–396.

Wang, J. (2004). A longitudinal population-based study of treated and untreated major depression. *Medical Care, 42*(6), 543–550.

Wang, J., Patten, S. D., William, J. V., Currie, S., Beck, C. A., Maxwell, C. J., et al. (2005). Help seeking behaviors of individuals with mood disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*(10), 652–659.

Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy, 50*(6), 367–373.

Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, *114*, 248–265.

Wiersma, J. E., van Schaik, D. J. F., van Oppen, P., McCullough, J. P., Schoevers, R. A., Dekker, J. J., et al. (2008). Treatment of chronically depressed patients: A multisite randomized controlled trial testing the effectiveness of "cognitive behavioral analysis system of psychotherapy" (CBASP) for chronic depression versus usual secondary care. *BMC Psychiatry, 8*, 18.

Wierzbicki, M., & Bartlett, T. S. (1987). The efficacy of group and individual cognitive therapy for mild depression. *Cognitive Therapy and Research*, *11*(3), 337–342.

Williams, J. M. G. (1997). Depression. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 259–283). Oxford, UK: Oxford University Press.

Wolpe, J. (1993). Commentary: The cognitivist oversell and comments on symposium contributions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *24*(2), 141–147. World Health Organization (WHO). (2004). The Global Burden on Disease 2004 update. Retrieved from www.who.int/ healthinfo/global_ burden_ disease/ GBD_ report_ 2004update_ full.pdf.

Wright, J. H. (1996). Inpatient cognitive therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 208– 225). New York: Guilford Press.

Wright, J. H., & McCray, L. W. (2011). *Breaking free from depression: Pathways to wellness.* New York: Guilford Press.

Wright, J. H., Wright, A. S., Albano, A. M., Basco, M. R., Goldsmith, L. J., Raffield, T., et al. (2005). Computerassisted cognitive therapy for depression: Maintaining efficacy while reducing therapist time. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 1158–1164.

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange. (Original work published 1990)

Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire* (3rd ed.). New York: Cognitive Therapy Center of New York.

Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, E., van Vreeswijk, M., et al. (2008). *Schema Mode Questionnaire (Version 1.1)*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.

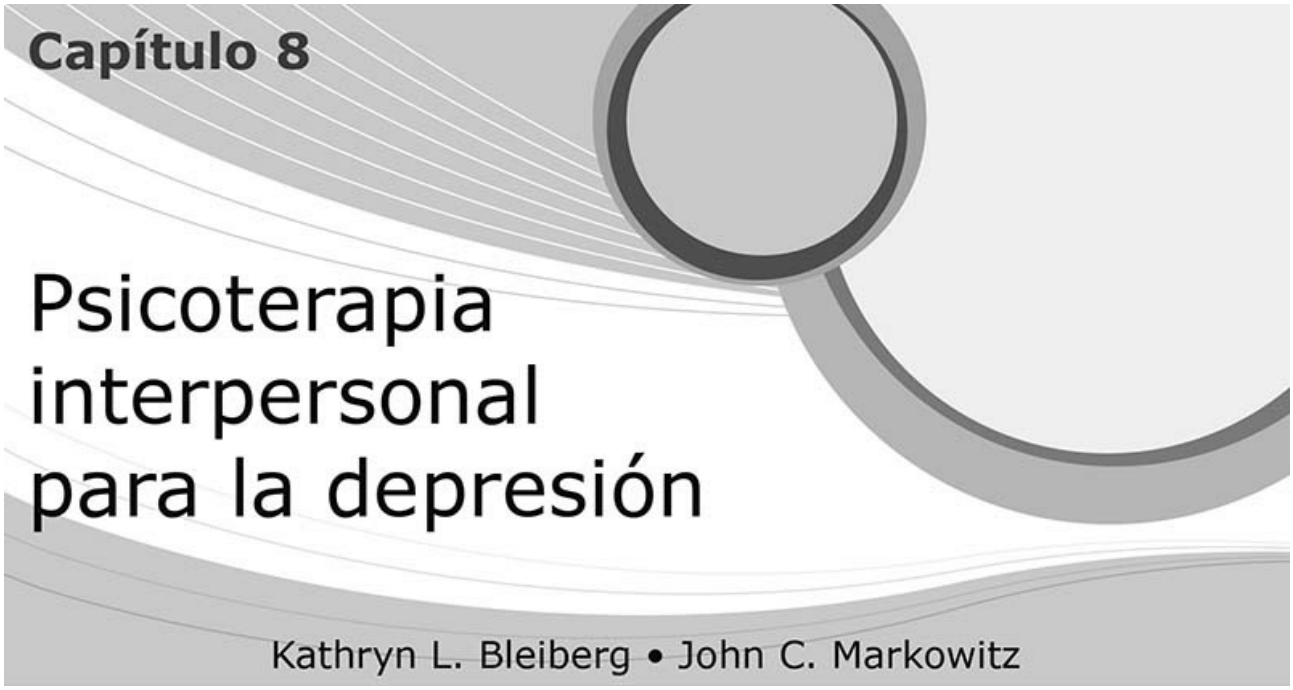
Young, J. E., & Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life: How to break free of negative life patterns.* New York: Plume.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Zettle, R. (2007). *ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression*. Richmond, BC, Canada: Raincoat Books.

NOTAS

1. Algunos investigadores han encontrado que es útil diferenciar entre "recaída" (el regreso de los síntomas al cabo de seis meses después de terminar el tratamiento) y "recurrencia" (un episodio nuevo de depresión que ocurre por lo menos 12 meses después de que ha concluido el tratamiento; Gelder, 1994; consulte también Overholser, 1998). Sin embargo, esta distinción no ha sido incorporada en la literatura de manera uniforme.
2. Las tasas de recaída reportadas para pacientes tratados con medicamentos han variado dependiendo de la definición de "recaída", la duración del periodo de seguimiento, y la gravedad de la depresión dentro de la población del paciente (Williams, 1997). Debido a esas diferencias, algunas de las estimaciones fluctúan entre 34 y 92% (Frank, 1996; Overholser, 1998; Versiani, 1998; Williams, 1997), aunque también se ha informado de tasas menores (Keller y Boland, 1998).
3. El libro de Young (1990/1999) citado aquí y a lo largo del capítulo, *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*, se refiere a la tercera edición. Sin embargo, las ideas expresadas se desarrollaron en 1990, para la edición original. De igual modo, el Cuestionario de Esquemas de Young se desarrolló en 1990, y luego se reimprimió en la tercera edición.
4. En la actualidad, el concepto de un dominio de esquema no forma parte de la teoría centrada en los esquemas. Aunque la investigación analítica-factorial inicial apoyaba el agrupamiento de 18 esquemas tempranos desadaptados en cinco dominios más amplios, estudios posteriores han sido inconsistentes en lo que concierne a la forma en que se agrupan los esquemas, y algunos dominios no han recibido ningún apoyo. No obstante, se incluyen algunos estudios enfocados en esos cinco dominios porque los hallazgos arrojan luz sobre la relación entre los esquemas y otros constructos. Se está revisando toda la investigación disponible de modo que se pueda reexaminar la pregunta de cómo se agrupan los esquemas.
5. Durante el capítulo se usó el término "esquema" para hacer referencia específicamente a los "esquemas tempranos desadaptados" de Young.
6. Muchos terapeutas cognitivos también se enfocan en "suposiciones subyacentes", que representan cogniciones que son "más profundas" que los pensamientos automáticos, pero menos centrales que los esquemas o las creencias centrales. Las suposiciones subyacentes se consideran creencias condicionales, mientras que la mayor parte de los esquemas son incondicionales. En la experiencia no se ha encontrado que esta distinción sea necesaria en el trabajo con la mayoría de los pacientes. Por consiguiente, las creencias condicionales e incondicionales que son duraderas y generalizadas pueden fusionarse en el constructo más amplio de un esquema.



Durante la década anterior se obtuvo una gran cantidad de evidencia que apoyaba la efectividad clínica de la psicoterapia interpersonal (IPT) para diversos problemas, en particular la depresión. Una ventaja importante de la terapia interpersonal es la relativa facilidad con que los clínicos aprenden a emplear este protocolo en forma íntegra. En este capítulo se ilustra con detalle el proceso de la terapia interpersonal en el contexto del tratamiento de "Sara", quien sufría un episodio de depresión mayor asociado con el duelo por la muerte *in utero* de su bebé a las 27 semanas de gestación, ocurrida dos meses antes. La terapeuta fue la primera autora, Kathryn L. Bleiberg, referente internacional en el entrenamiento de la terapia interpersonal. Si bien es relativamente fácil comprender esta forma de terapia, en este capítulo se hacen evidentes los avatares que son comunes en la terapia interpersonal (o en cualquier otro enfoque terapéutico) . En este caso la terapeuta se enfocó con habilidad en la resolución del duelo, así como en el aislamiento social de la paciente y en los conflictos que tenía con su esposo por las reacciones emocionales a la pérdida. Otro aspecto notable en relación con la terapia interpersonal es el hallazgo de que el éxito del tratamiento es mayor cuando se aplica de manera congruente con las metas del tratamiento y con adhesión al protocolo. El poder del trabajo conjunto de terapeuta y paciente que se mantienen en la tarea ofrece buena evidencia de los efectos específicos de una aproximación interpersonal a la psicoterapia. D. H. B.

La psicoterapia interpersonal (IPT) es un tratamiento de tiempo limitado, enfocado en un diagnóstico, pragmático y con soporte empírico que originalmente se desarrolló para tratar a pacientes ambulatorios con depresión mayor. La terapia interpersonal se fundamenta en sucesos de la vida, problemas y síntomas actuales o recientes. El terapeuta interpersonal hace uso del modelo médico y vincula los síntomas del estado de ánimo con sucesos recientes, lo que le permite lograr que la paciente se sienta comprendida. La terapia interpersonal alivia los síntomas depresivos, ayuda a la paciente a desarrollar estrategias más eficaces para lidiar con los problemas interpersonales

actuales que se relacionan con el inicio de los síntomas y moviliza el apoyo social, todo lo cual contribuye a la recuperación de la depresión (Bleiberg y Markowitz, 2007). El éxito de la terapia interpersonal como tratamiento individual para la depresión mayor dio lugar a que fuera adaptada para subpoblaciones de pacientes con trastornos del estado de ánimo, incluyendo adultos mayores deprimidos (Reynolds *et al.,* 2006, 2010; Sholomskas, Chevron, Prusoff y Berry, 1983), adolescentes deprimidos (Mufson, Moreau y Weissman, 1993; Mufson, Weissman, Moreau y Garfinkel, 1999; Mufson *et al.,* 2004), pacientes VIH positivos con depresión (Markowitz, Klerman, Perry, Clougherty y Mayers, 1992; Markowitz, Kocsis *et al.,* 1998; Ransom *et al.,* 2008), para pacientes con depresión antes del parto (Spinelli y Endicott, 2003), con depresión posparto (O'Hara, Stuart, Gorman y Wenzel, 2000), trastorno distímico (Markowitz, 1998), y trastorno bipolar (Frank, 2005).

La terapia interpersonal ha sido adaptada para trastornos de ansiedad como fobia social (Lipsitz, Fyer, Markowitz y Cherry, 1999), trastorno por estrés postraumático (Blelberg y Markowitz, 2005; Markowitz, Milrod, Bielberg y Marshall, 2009), bulimia nerviosa (Fairburn, Jones, Peveler, Hope y O'Connor, 1993; Fairburn *et al.,* 1995), trastorno alimentario por atracón (Wilfley, 2008; Wilson, Wilfley, Agras y Bryson, 2010), y para el trastorno límite de personalidad (Markowitz, Skodol y Bleiberg, 2006). Además de su adaptación para tratar a pacientes con diferentes diagnósticos, cada vez es mayor el estudio y práctica de la terapia interpersonal en pacientes de culturas diferentes (Markowitz y Weissman, 2012a). Además, la demostrada eficacia de la terapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor permitió su incorporación a las directrices nacionales de tratamiento (American Psychiatric Association, 2010; Cuijpers *et al.,* 2011).

En este capítulo se describen los principios, características y técnicas de la terapia interpersonal individual para la depresión mayor, y se ilustra la forma en que una terapeuta pone en práctica las técnicas de dicha terapia con una paciente real.

DEPRESIÓN MAYOR

El trastorno depresivo mayor (MDD), la enfermedad depresiva más común, afecta cada año a millones de estadounidenses. El Estudio de la Carga Global de las Enfermedades, iniciado por la Organización Mundial de la Salud (Murray y Lopez, 1996), calculó que la depresión es la cuarta causa de discapacidad y que para el año 2020 ocupará el segundo puesto a nivel mundial. Estudios epidemiológicos de los trastornos del estado de ánimo han arrojado estimaciones de la prevalencia y correlatos del trastorno depresivo mayor. La Repetición de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS-R; Kessler *et al.,* 2003) encontró en EUA una prevalencia permanente de 16.2% y anual de 6.6% del trastorno depresivo mayor, y que la mayoría de los casos estaban asociados con una gravedad considerable en síntomas y deterioro del funcionamiento. En estudios nacionales e internacionales se ha encontrado de manera sistemática que la prevalencia del trastorno depresivo mayor es más elevada en mujeres que en los hombres y que la probabilidad de experimentar un episodio de dicho trastorno es dos veces mayor en mujeres que en hombres. La edad promedio de inicio del trastorno depresivo mayor fluctúa entre los 20 y los 40 años (Blazer, 2000).

La quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) define al trastorno depresivo mayor como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por uno o más episodios de depresión mayor. Un episodio de depresión mayor conlleva un periodo de al menos dos semanas durante las cuales la persona experimenta un estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o disfrute de casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días, que se acompaña por la presencia, casi todo el tiempo, de al menos otros cuatro síntomas de depresión. Entre ellos se incluyen los siguientes:

- Pérdida importante de peso (que no se relaciona con hacer dieta) o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retardo psicomotor lo bastante severo para que otros puedan observarlo.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
- Disminución en la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento suicida o un plan específico para cometer suicidio.

Para cumplir plenamente el criterio de un episodio depresivo mayor, los síntomas de la paciente deben causar malestar clínicamente relevante o deterioro en el campo social, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento. La depresión se asocia con retraimiento social y con dificultades en el funcionamiento social y ocupacional. En algunos casos, un episodio de depresión mayor es acompañado por síntomas de un episodio maniaco, lo que en el DSM-5 se clasifica usando la precisión de **rasgos mixtos.**

Los síntomas quizá no se deban a los efectos fisiológicos directos de un fármaco o una condición médica general.

DESARROLLO DE LA TERAPIA INTERPERSONAL

En la década entre 1970 y 1979, Klerman, Weissman y colaboradores desarrollaron la terapia interpersonal como brazo de tratamiento para un estudio farmacoterapéutico de la depresión (Markowitz y Weissman, 2012b). La investigación posterior a la Segunda Guerra Mundial sobre sucesos psicosociales de la vida y el desarrollo de los trastornos mentales había demostrado relaciones entre depresión y condiciones de duelo complicado, disputas de roles (p. ej., malas relaciones), transiciones de roles (p. ej., perder u obtener un nuevo empleo, o cualquier cambio importante en la vida), y déficit interpersonales. Sucesos estresantes pueden disparar episodios depresivos en individuos vulnerables, a su vez los episodios depresivos comprometen el funcionamiento interpersonal, lo que hace difícil manejar sucesos estresantes y suele desencadenar otros sucesos negativos (Bleiberg y Markowitz, 2007).

La terapia interpersonal también tiene fundamento en la teoría interpersonal de Adolph Meyer (1957) y de Harry Stack Sullivan (1953), así como en la teoría del apego de John Bowlby (1973). Los interpersonalistas hicieron hincapié en los factores sociales, culturales e interpersonales, lo que permitió extender el alcance de la psiquiatría. Sullivan destacaba el papel de las relaciones interpersonales en el desarrollo de las enfermedades mentales y el uso de estas relaciones para entender, evaluar y tratar dichas enfermedades; además, en contraste con la atención que en ese entonces se concentraba en los sucesos preedípicos, también indicó que los sucesos y las relaciones que ocurrían **después** de la niñez temprana influían en la psicopatología.

Bowlby (1973) planteó que la dificultad para desarrollar un apego seguro puede contribuir al inicio de la depresión, y que los trastornos psiquiátricos son resultado de las dificultades para formar y mantener apegos seguros. De hecho, el apoyo social protege contra la depresión. En psiquiatría, la idea de que los hechos actuales influyen en las enfermedades mentales y que éstas no sólo se deben a experiencias de la niñez temprana era una novedad en una época dividida entre los enfoques psicoanalítico y biológico (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984).

PRINCIPIOS DE LA TERAPIA INTERPERSONAL: MODELO DE LA DEPRESIÓN EN LA TERAPIA INTERPERSONAL

Dos principios básicos de la terapia interpersonal explican la depresión y situación de la paciente. Comprender esos principios resulta muy sencillo, incluso para una paciente muy deprimida con poca concentración. Primero, el terapeuta interpersonal define a la depresión como una enfermedad física y explica a la paciente que presenta una enfermedad común que consta de un conjunto discreto y predecible de síntomas, lo que permite que estos parezcan menos abrumadores y más soportables. El terapeuta interpersonal asume que la etiología de la depresión es compleja y multideterminada: la etiología puede incluir, entre otros, factores biológicos, de experiencias vitales e historia familiar. El terapeuta interpersonal hace hincapié en que **la depresión es una enfermedad física que puede tratarse y que no es culpa del paciente.** Explicar que la depresión es tratable inspira esperanza de que puede sentirse mejor. La desesperanza, un síntoma depresivo potencialmente mortal, distorsiona el pronóstico por lo general bueno de la enfermedad. Las pacientes deprimidas suelen ver sus síntomas y las dificultades consecuentes en el funcionamiento como reflejo de fracaso, defecto de carácter o debilidad personal.

Definir la depresión como una enfermedad en la que no hay responsable ayuda a eliminar la culpa y la autocrítica de la paciente deprimida. Para diagnosticar depresión el terapeuta hace uso de los criterios del DSM-5 o de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (ICD-10; World Health Organization, 1992), y para evaluar los síntomas utiliza instrumentos como La Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton (HDRS; Hamilton, 1960) o el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). El uso del modelo médico para definir la depresión distingue a la terapia interpersonal de otras psicoterapias y la hace altamente compatible con el uso de medicamentos antidepresivos en un tratamiento combinado.

El segundo principio de la terapia interpersonal es que la depresión de la paciente está relacionada con un suceso actual o reciente. Los sucesos estresantes pueden precipitar episodios depresivos en individuos vulnerables y, a la inversa, la depresión puede hacer difícil para los individuos el manejo de los sucesos estresantes. La terapia interpersonal se enfoca en resolver un problema en la vida de la paciente, en un área problemática relacionada con un episodio depresivo actual (duelo complicado, disputa o transición de roles o déficit interpersonales) . Cuando la paciente resuelve una crisis interpersonal puede mejorar su situación en la vida y al mismo tiempo aliviar los síntomas depresivos.

CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA INTERPERSONAL

La terapia interpersonal es definida por varias características que, en ocasiones, la distinguen de otras psicoterapias.

- **Tiene base empírica.** Dado que en investigaciones repetidas se ha demostrado la eficacia de la terapia interpersonal, los terapeutas pueden ofrecer y aplicar el tratamiento con confianza y optimismo, y los pacientes pueden sentirse esperanzados por el tratamiento que reciben.
- **Está orientada por un diagnóstico.** La terapia interpersonal se enfoca en un diagnóstico específico, sus síntomas y la forma en que estos interfieren e interactúan con el funcionamiento social. Aunque esta terapia no está pensada para todos los pacientes, su eficacia ha sido establecida en una serie de ensayos con control aleatorio.
- **Se enfoca en el aquí y ahora.** La terapia interpersonal se enfoca en el presente y en mejorar la situación de la paciente en el futuro, no en lo que ya sucedió. El terapeuta interpersonal relaciona los síntomas y problemas interpersonales actuales de la paciente con sucesos actuales o recientes en su vida. Aunque se revisan los episodios depresivos y las relaciones anteriores y se identifican los patrones de relación, el tratamiento se concentra en las relaciones (la construcción de apoyos sociales y la solución de conflictos) y el funcionamiento social actual.
- **Se enfoca en problemas interpersonales.** El terapeuta interpersonal puede reconocer defensas intrapsíquicas, pero no considera que las dificultades actuales de la paciente sean función del conflicto interno. Más bien se concentra en las relaciones y el funcionamiento interpersonal.
- **Se enfoca en la interrelación entre el estado de ánimo y los sucesos actuales.** El terapeuta interpersonal hace hincapié en que los sucesos estresantes pueden desencadenar episodios de depresión mayor y que, de manera recíproca, la depresión compromete el funcionamiento psicosocial. Esto dificulta el manejo de los estresores, lo que da lugar a otros sucesos negativos.
- **Enfatiza la provocación del afecto.** Las pacientes deprimidas suelen tener dificultades para entender, identificar y expresar lo que están sintiendo. Aunque habitualmente estas pacientes informan que se sienten "mal", suelen tener problemas para identificar con mayor precisión sentimientos negativos como el enojo, dolor, vergüenza, rechazo o decepción. Además, las pacientes deprimidas que pueden reconocer esos afectos negativos suelen sentirse avergonzadas de experimentar esas emociones "malas". El terapeuta interpersonal ayuda a la paciente a identificar mejor lo que está sintiendo, valida emociones como el enojo y la decepción como señales normales y útiles, y ayuda a emplearlas como una guía (Markowitz y Milrod, 2011). Las pacientes que reciben terapia interpersonal aprenden a manejar mejor sus sentimientos y a usarlos para decidir cómo comportarse y qué decir en los encuentros interpersonales.

COMPARACIÓN DE LA TERAPIA INTERPERSONAL CON OTRAS PSICOTERAPIAS

Aunque la terapia interpersonal tiene una lógica distinta y puede diferenciarse de otras psicoterapias (Hill, O'Grady y Elkin, 1992; Weissman, Markowitz y Klerman, 2000), es una psicoterapia ecléctica que hace uso de técnicas observadas en otras formas de tratamiento. La terapia interpersonal incluye los llamados factores "comunes" de la psicoterapia (Frank, 1971); por ejemplo, comparte con la terapia cognitivo-conductual el enfoque diagnóstico en el "aquí y ahora", el límite temporal y la aproximación activa. Tanto la terapia interpersonal como la cognitivo-conductual incluyen juego de roles y construcción de habilidades; sin embargo, la terapia interpersonal es mucho menos estructurada y no asigna tareas formales, aunque el terapeuta fomenta la actividad entre sesiones para mejorar el estado de ánimo y para resolver problemas en el área interpersonal. Mientras el terapeuta cognitivo-conductual define la depresión como consecuencia de patrones disfuncionales de pensamiento y atribuye a esos patrones las dificultades de la paciente, el terapeuta interpersonal enfatiza que la depresión es una enfermedad física y relaciona las dificultades con el hecho de sentirse deprimida y con sucesos recientes. La terapia interpersonal hace hincapié en provocar el afecto más que los pensamientos automáticos ("calientes", con carga afectiva). Aborda los problemas interpersonales de forma similar a como se hace en la terapia de pareja. Muy parecido a lo que hace un terapeuta de apoyo, el terapeuta interpersonal ofrece apoyo y aliento (Bleiberg y Markowitz, 2007).

Aunque en ocasiones se considera a la terapia interpersonal como una terapia "psicodinámica", no lo es (Markowitz, Svatberg y Swartz, 1996). La terapia interpersonal usa el modelo médico de las enfermedades depresivas mientras que la psicoterapia psicodinámica utiliza un enfoque basado en el conflicto. El terapeuta interpersonal no aborda procesos inconscientes ni explora o interpreta la transferencia, sino que se concentra en las relaciones actuales que tienen lugar fuera del consultorio. Las experiencias de la niñez son reconocidas, pero no se enfatizan. El terapeuta relaciona los síntomas actuales y los problemas interpersonales con sucesos recientes, no con experiencias de la niñez; reconoce la influencia de las experiencias pasadas en las dificultades actuales, pero sólo para identificar los patrones de la conducta interpersonal y para mostrar empatía con las dificultades de la paciente. A diferencia del tratamiento psicodinámico, la meta de la terapia interpersonal no es cambiar el carácter o la personalidad, sino disminuir los síntomas y mejorar el funcionamiento social. Sin embargo, igual que el terapeuta psicodinámico, el terapeuta interpersonal hace énfasis en facilitar el afecto en el consultorio y en ayudar a los pacientes a tomar consciencia de los sentimientos de los que quizá no estaban al tanto (Markowitz y Milrod, 2011; Weissman *et al.,* 2000).

EL TERAPEUTA INTERPERSONAL

El terapeuta interpersonal lleva a cabo el tratamiento en un consultorio dentro de un escenario académico, un hospital o en la práctica privada. Por lo general no consulta con amigos o familiares de la paciente.

Adopta una postura activa, no neutral, ofrece psicoeducación acerca de la depresión, enfatiza la lógica de la terapia interpersonal, enseña habilidades sociales e infunde esperanza. Adoptar un enfoque directivo es esencial para poder cumplir el límite temporal de la terapia interpersonal y mantener el tratamiento enfocado en el área de problema. Asumir una postura activa puede ser difícil para los terapeutas con orientación psicodinámica, quienes están acostumbrados a tomar una postura neutral y a ofrecer poca orientación durante las sesiones.

Por otro lado, el terapeuta interpersonal no desea reforzar la pasividad y dependencia que caracterizan a la depresión. Un terapeuta que resuelve todos los problemas puede reforzar el sentimiento de incompetencia de la paciente. De ahí que el terapeuta interpersonal anime a la paciente a presentar ideas, explorar opciones y ponerlas a prueba fuera de las sesiones. Por consiguiente, la paciente merece (y recibe) el crédito de hacer los cambios que permitieron la mejoría en el tratamiento.

El terapeuta interpersonal debe brindar apoyo, ser entusiasta y mostrarse optimista para infundir esperanza en que la depresión va a mejorar y en que los cambios son inminentes, y para animar e inspirar a la paciente a hacer los cambios. La confianza del terapeuta se ve respaldada por la estructura del manual de la terapia interpersonal (Weissman *et al.,* 2000; Weissman, Markowitz y Klerman, 2007) y por la validación empírica que ésta ha recibido en estudios con control aleatorio. El terapeuta interpersonal a menudo felicita a la paciente por su progreso en el tratamiento y por sus esfuerzos para cambiar.

Dado el énfasis en ayudar a la paciente a identificar y expresar sus sentimientos, el terapeuta interpersonal debe sentirse cómodo cuando alienta la expresión del afecto y ser capaz de tolerar afectos negativos intensos. El terapeuta puede mostrar, por ejemplo, que si bien los sentimientos son intensos, sólo son sentimientos que pueden ser entendidos en un contexto interpersonal y que pasarán si se toleran.

PACIENTE DE LA TERAPIA INTERPERSONAL

La investigación ha demostrado que una gran variedad de pacientes con depresión mayor son buenas candidatas para la terapia interpersonal. Esta forma de terapia ha sido validada con modificaciones menores como tratamiento para la depresión en adolescentes, adultos, durante el parto y geriátrica. En condiciones ideales, la paciente debería informar de algún estresor reciente y tener algunos contactos sociales. A las pacientes con depresión que no reportan eventos recientes y que carecen de habilidades sociales básicas no les va tan bien con la terapia interpersonal, no está planeada para pacientes con depresión delirante que requieren medicamentos antidepresivos y antipsicóticos o terapia electroconvulsiva. También es menos probable que las pacientes con un trastorno comórbido de personalidad moderado o severo respondan a la psicoterapia de corto plazo (Weissman *et al.,* 2000). En consecuencia, la reciente adaptación de la terapia interpersonal para el trastorno límite de personalidad permite hasta 32 semanas de tratamiento (Markowitz *et al.,* 2006).

CUATRO ÁREAS DE PROBLEMA INTERPERSONAL

El tratamiento con la terapia interpersonal se enfoca en resolver una de las siguientes cuatro áreas de problema interpersonal relacionadas con el inicio o mantenimiento del episodio depresivo actual de la paciente. El terapeuta interpersonal sigue estrategias específicas para cada área de problema.

Duelo

Esta área de problema aborda un duelo complicado de la paciente que sigue a la muerte de una persona allegada. El terapeuta facilita el proceso de duelo, alienta la catarsis y por último ayuda a la paciente a establecer nuevas relaciones y a encontrar nuevas actividades para compensar la pérdida. El terapeuta explora la relación y los sentimientos asociados que tuvo la paciente con el ser querido. La paciente con un duelo complicado a menudo tuvo una relación conflictiva con el difunto, reporta sentimientos no resueltos y enojo hacia la persona, y culpa o incomodidad por dichos sentimientos. Las pacientes pueden sentirse culpables por lo que dijeron o hicieron o dejaron de decir o hacer por la persona fallecida. El terapeuta alienta la exploración de esos sentimientos y valida y normaliza los negativos, permitiendo que la paciente se libere de la culpa que experimenta.

La liberación de los afectos negativos en el consultorio puede contribuir a disminuir la intensidad de dichos sentimientos. El terapeuta también explora los sentimientos positivos que tuvo la paciente hacia la persona fallecida y muestra empatía por la pérdida. Por último, el terapeuta ayuda a la paciente a explorar opciones para formar nuevas relaciones y a encontrar nuevas actividades para ayudarla a sustituir la relación perdida y brindarle un nuevo sentido de dirección. La pérdida puede ofrecer oportunidades de conocer a personas y participar en actividades que la paciente no habría encontrado de otro modo.

Disputa de roles

Una **disputa de roles** es un conflicto con una persona allegada, un cónyuge, amigo, padre, familiar, empleador, compañero de trabajo o amigo cercano. Terapeuta y paciente exploran la relación, naturaleza de la disputa y las opciones para resolverla. Las pacientes con depresión tienden a anteponer las necesidades de otros a las suyas. Les resulta difícil afirmarse, confrontar a otros y enojarse de manera eficaz, lo que les dificulta manejar los conflictos interpersonales. El terapeuta analiza con las pacientes esas tendencias depresivas y les explica "No es su culpa. Puede aprender cómo ser asertiva".

El terapeuta valida los sentimientos de la paciente en la relación reconociendo, por ejemplo, que el enojo es una respuesta natural ante alguien que la molesta. La siguiente cuestión es cómo expresar esos sentimientos, ayuda a la paciente a idear formas de comunicar los pensamientos y sentimientos de manera más eficaz y se vale del juego de roles para practicar con ella posibles interacciones. Si el conflicto llega a un callejón sin

salida, después de explorar e intentar poner en práctica opciones para resolver el conflicto, el terapeuta ayuda a la paciente a considerar formas de vivir con esa situación o de terminar la relación.

Transiciones de roles

Una **transición de roles** es un cambio de estatus, como el inicio o fin de una relación, la obtención o pérdida de un empleo, un cambio geográfico, graduación o jubilación, convertirse en padre o recibir el diagnóstico de una enfermedad. El terapeuta ayuda a la paciente a lamentar la pérdida del antiguo rol, a explorar los aspectos positivos o negativos del nuevo rol, y a identificar qué aspectos positivos del antiguo rol, si acaso, puede conservar. En última instancia, el terapeuta ayuda a la paciente a adaptarse y a adquirir un sentido de dominio sobre el nuevo rol. Incluso si un nuevo rol es deseado o positivo, puede ser acompañado por alguna pérdida no anticipada. Por ejemplo, el matrimonio puede implicar tener que dedicar menos tiempo a la familia de origen por tener que pasar tiempo con la familia del cónyuge. Mudarse a una casa nueva y más grande en un mejor vecindario puede interrumpir las relaciones con amigos del antiguo barrio. Si un nuevo rol no era deseado, la paciente puede descubrir en la terapia beneficios que no había advertido. Una paciente que perdió el empleo puede llegar a ver la pérdida como una oportunidad de buscar un trabajo mejor.

Déficit interpersonales

Los **déficit interpersonales**, la menos desarrollada de las cuatro áreas del problema, son foco de atención de la terapia interpersonal para la depresión mayor sólo cuando la paciente no reporta sucesos recientes y, por consiguiente, carece de cualquiera de las tres primeras áreas de problema. Las pacientes, en esta categoría, tienden al aislamiento social, suelen tener pocos apoyos sociales y una historia de dificultades para formar y mantener relaciones, o bien encuentran las relaciones insatisfactorias. La meta del tratamiento en esta área de problema es disminuir el aislamiento de la paciente. Dado que en la actualidad carece de relaciones, el tratamiento se enfoca en patrones de las relaciones anteriores y en empezar a formar nuevas. El terapeuta revisa las relaciones importantes del pasado, explora los aspectos positivos y negativos, e identifica los problemas recurrentes. Ayuda a la paciente a explorar opciones para conocer gente y participar en actividades que solía disfrutar.

A diferencia del tratamiento para las otras áreas de problema, el específico para los déficit interpersonales puede enfocarse en la relación con el terapeuta. En ausencia de otras relaciones, y en el entendido de que es probable que la paciente se sienta incómoda en la situación terapéutica, el terapeuta la anima a discutir lo que siente por él y a trabajar en los problemas interpersonales que surgen en su relación. En condiciones ideales, la relación con el terapeuta sirve como modelo para que la paciente forme otras relaciones. Dado que la terapia interpersonal usualmente se enfoca en un suceso de la vida, no es sorprendente que la respuesta a la terapia interpersonal de las pacientes que carecen de dichos sucesos no sea tan buena. Es importante identificar a las pacientes con trastorno

distímico subyacente, ya que suelen describir pocos sucesos recientes en su vida. Existe un protocolo adaptado de la terapia interpersonal para el tratamiento de las pacientes distímicas (Markowitz, 1998; Weissman *et al.,* 2000).

PROCESO DE TRATAMIENTO CON TERAPIA INTERPERSONAL

El tratamiento interpersonal agudo para la depresión mayor comprende una fase inicial, una intermedia y una final. Las técnicas de la terapia interpersonal ayudan a la paciente a seguir las metas del tratamiento para cada área de problema interpersonal. En esta sección se presenta un caso que ilustra cómo se llevan a la práctica esas técnicas.

Fase inicial (sesiones 1 a 3)

Las tareas de las sesiones iniciales de la terapia interpersonal para la depresión mayor incluyen conocer la queja principal de la paciente, revisar sus síntomas y establecer un diagnóstico; identificar el contexto interpersonal del episodio depresivo actual; formar una alianza terapéutica y establecer el marco del tratamiento, incluyendo sus metas y estrategias. Aunque esas tareas son comunes a otras intervenciones psicoterapéuticas, las técnicas y el proceso para llevarlas a cabo son específicos de la terapia interpersonal.

Diagnóstico de depresión mayor

Para diagnosticar el trastorno depresivo mayor el terapeuta revisa los síntomas actuales de depresión por medio de los criterios del DSM-5 o de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10 [por sus siglas en inglés]) o el Inventario de Depresión de Beck-II (Beck *et al.,* 1996) y repite la aplicación del instrumento cada pocas semanas para supervisar el progreso de la paciente. El terapeuta descarta otros diagnósticos como enfermedad bipolar, depresión debida a una condición médica general o a drogas, y otros trastornos psiquiátricos. Si la paciente cumple los criterios del trastorno depresivo mayor, el terapeuta se lo informa y describe explícitamente cada uno de los síntomas reportados:

"Usted tiene una enfermedad llamada depresión mayor. Los síntomas que describe que ha tenido en los dos meses anteriores (sentirse deprimida la mayor parte del tiempo, experimentar dificultad para disfrutar las cosas, sentir que tiene que empujarse para hacer las cosas, problemas de sueño, pérdida de apetito, problemas para concentrarse, mostrarse demasiado crítica consigo misma y sentir que no se agrada, y sentirse pesimista acerca del futuro) corresponden a depresión, una enfermedad tratable. No es culpa suya sentirse de este modo y tener dificultades para funcionar, como tampoco sería su culpa si tuviera asma o hipertensión o cualquier otro problema médico. Y aunque se siente sin esperanza, ese es otro síntoma depresivo. Su pronóstico con tratamiento es bastante bueno. Usted puede sentirse mejor"

En la fase inicial, y según se requiera durante el tratamiento, el terapeuta ofrece psicoeducación sobre la depresión y la forma en que afecta el funcionamiento social. El terapeuta ayuda a la paciente a identificar y entender sus síntomas depresivos y la mejor manera de manejarlos, y a distinguir entre la enfermedad y las fortalezas y capacidades premórbidas. El terapeuta determina la necesidad de medicamentos con base en la severidad de los síntomas, la respuesta previa a los medicamentos y la preferencia de la paciente.

El "rol de enferma"

El terapeuta interpersonal asigna a la paciente el **rol de enferma** (Parsons, 1951), un papel temporal con el propósito de ayudarla a reconocer que sufre una enfermedad que incluye un conjunto distinto de síntomas que comprometen su funcionamiento. Asumir el papel de enferma alivia a la paciente de la culpa y la exenta de las responsabilidades que son puestas en riesgo por la depresión hasta que se recupere. El terapeuta informa a la paciente cómo la depresión puede dañar su funcionamiento social y sobre cómo explicar la enfermedad a su familia y amigos para obtener su apoyo. El papel de enferma también da a la paciente la responsabilidad de trabajar en el tratamiento para mejorar sus síntomas.

Inventario interpersonal

En la terapia interpersonal la historia psiquiátrica incluye el **inventario interpersonal**, una revisión minuciosa del funcionamiento social pasado y actual de la paciente, sus relaciones cercanas, sus patrones de relación, las expectativas de otros dentro de las relaciones y las expectativas que los demás perciben en la paciente. El inventario interpersonal debe dar al terapeuta una idea de cómo interactúa la paciente con otras personas. También debe esclarecer cómo pueden haber contribuido esas relaciones al episodio depresivo actual y, a la inversa, cómo pueden estar afectando los síntomas depresivos las relaciones actuales. Además, el inventario interpersonal evalúa el apoyo social actual y potencial. Para averiguar esta información el terapeuta interpersonal hace preguntas detalladas acerca de las relaciones pasadas y actuales de la paciente. Una indagación sobre las relaciones actuales podría incluir las siguientes preguntas:

"¿Quién está en su vida en la actualidad?… ¿Hay alguna persona importante?… ¿Una novia o novio?… ¿Cómo es su relación con él/ella?… ¿Qué le gusta de él/ella?… ¿Qué cosa no le gusta?… ¿Usted y su cónyuge discuten?… ¿Por qué discuten?… ¿Qué sucede cuando discuten, qué hace o dice?… ¿Qué espera de él/ella?… ¿Qué cree que él/ella espera de usted?"

Identificación de las áreas de problemas interpersonales

La meta principal del inventario interpersonal es determinar qué problemas interpersonales son los que más se relacionan con el episodio depresivo actual de la paciente. El terapeuta debe identificar las áreas principales de problemas interpersonales que pueden convertirse en el foco del tratamiento. El terapeuta pregunta por cualquier cambio en la vida de la paciente que haya ocurrido más o menos en el momento en que iniciaron los síntomas depresivos actuales. "¿Qué ocurría en su vida cuando se deprimió?" El terapeuta explora diferentes áreas en la vida de la paciente: hogar, trabajo, relaciones con personas cercanas, miembros de la familia y amigos; y debe elegir un área problema, cuando mucho dos, en que concentrarse; demasiados focos a atender dan lugar a un tratamiento no enfocado.

El terapeuta relaciona la depresión con un área problema y lo expone a la paciente en un enunciado:

"Por lo que me ha contado, parece que el principal problema ha sido su dificultad para llevarse bien con su esposo. Aunque las causas de la depresión son complejas y no se conocen del todo, sabemos que dicho padecimiento no sólo puede relacionarse con los conflictos con las personas allegadas, sino que también puede dificultar el manejo de los conflictos con otras personas. Le sugiero que nos reunamos durante las siguientes 12 semanas para averiguar cómo podría lidiar mejor con los problemas que me ha descrito con su esposo. En la terapia interpersonal llamamos a ese conflicto una **disputa de roles.** A medida que resuelva su disputa de roles, tanto su vida como su depresión deberían mejorar. ¿Tiene esto sentido para usted?"

Sólo con el acuerdo explícito de la paciente para trabajar en el área elegida de problema interpersonal es que el terapeuta puede avanzar a la fase intermedia del tratamiento. El acuerdo de la paciente en el foco permite al terapeuta retomar más tarde ese tema y mantener así un flujo temático para el tratamiento.

Explicación del contrato de tratamiento y el enfoque de la terapia interpersonal

Además de llegar a un acuerdo respecto con el tema central de tratamiento en las sesiones iniciales, terapeuta y paciente discuten y llegan a un entendido acerca de otros aspectos de la terapia. El terapeuta analiza cuestiones prácticas como el límite temporal, la duración y frecuencia de las sesiones, fecha de terminación, hora de las citas, honorarios y así sucesivamente. El terapeuta explica que la terapia interpersonal es uno de varios tratamientos antidepresivos que han obtenido apoyo empírico y describe sus principios básicos; además, enfatiza el enfoque del "aquí y ahora", social e interpersonal del tratamiento, para lo cual explica:

"Vamos a trabajar juntos para tratar de entender la forma en que las relaciones y las fuentes actuales de estrés pueden estar afectando su estado de ánimo. Trabajaremos para ayudarla a manejar mejor esas tensiones y los problemas que puede estar experimentando en sus relaciones. Vamos a explorar lo que desea y necesita en sus relaciones, y a ayudarla a averiguar cómo obtener lo que desea y necesita".

"Estaré interesado en escuchar cada semana lo que sucede en sus relaciones con otras personas, cómo le hacen sentir esas interacciones y también cómo influyen sus sentimientos en lo que sucede con otras personas".

El terapeuta anima a la paciente a exponer cualquier incomodidad que sienta respecto con las sesiones.

"Si algo la molesta, por favor dígalo. No pretendo hacer nada que la incomode, pero si usted lo siente así, por favor dígamelo para que podamos resolver el problema. Eso es justo el tipo de tensión interpersonal en que necesitamos concentrarnos también en su vida en el exterior".

Fase intermedia (sesiones 4 a 9)

Una vez que se hizo el contrato del tratamiento y que se eligió un área de problema

interpersonal como tema central del tratamiento, el terapeuta puede avanzar a la fase intermedia de las sesiones en que la meta es trabajar en la solución del área de problema focal.

Cada sesión empieza con la pregunta "¿Cómo se ha sentido desde la última vez que nos vimos?" Esta pregunta da lugar a un espacio para conocer la historia del estado de ánimo, los sucesos y las interacciones interpersonales que ocurrieron entre sesiones. También mantiene a la paciente enfocada en el estado de ánimo y la situación actual. Es probable que la paciente responda describiendo un estado de ánimo ("Me sentí realmente deprimida") o un suceso ("Mi esposo y yo tuvimos una pelea enorme"). Después de seguir indagando, el terapeuta relaciona el estado de ánimo de la paciente con un suceso reciente, o un suceso con su estado de ánimo ("No es extraño que se sienta deprimida después de la pelea que tuvo con su esposo").

Al indagar sobre interacciones interpersonales cargadas de emoción el terapeuta usa un "análisis de comunicación" (la reconstrucción y evaluación de interacciones con carga afectiva) para ayudar a la paciente a entender cómo se sintió en la situación y qué podría haber hecho para comunicarse de forma más efectiva. El terapeuta *explora los deseos y opciones de la paciente,* ayudándola a decidir lo que desea y analizando las opciones para lograrlo.

"¿Qué quería que sucediera en esa situación?… ¿Qué podría haber hecho para obtener lo que deseaba en esa situación?… ¿Qué otras opciones tiene?".

A las pacientes deprimidas suele resultarles difícil ver que tienen opciones, y su tendencia a considerar que sus necesidades son menos importantes que las de otros contribuye a la dificultad para afirmarse. El terapeuta le explica esto a la paciente y le ofrece empatía y, cuando es apropiado, achaca las dificultades de la paciente al síndrome depresivo. Para ayudar a la paciente a decidir qué opciones seguir, el terapeuta usa el **análisis de decisión.** El caso que se presenta como ejemplo más adelante en este capítulo profundiza en el uso de esas técnicas.

El terapeuta usa el **juego de roles** de interacciones potenciales con la paciente para prepararla para las relaciones interpersonales en la vida real. En lugar de ofrecerle palabras durante el juego de roles, el terapeuta la anima a encontrar sus propias palabras. Esto la fortalece y fomenta su independencia del terapeuta. El terapeuta asegura que la paciente es capaz de averiguar qué decir y hacer en interacciones interpersonales, a pesar de que la depresión la haga sentir incapaz de hacerlo. También le pregunta cómo se siente durante el juego de roles, si se sintió cómoda con el contenido y tono de voz, y cómo imagina que se sentirá al decir esas palabras en la realidad. Cuando una paciente se comunica de manera efectiva en el juego de roles -y en última instancia en la vida real- el terapeuta refuerza la conducta adaptada con elogios y aliento. Los éxitos en la vida real no sólo mejoran el estado de ánimo, sino que también inspiran a las pacientes para tratar de afirmarse en situaciones subsecuentes.

Las pacientes deprimidas se aíslan socialmente y pierden interés en actividades que antes disfrutaban. El terapeuta anima a la paciente a retomar su actividad social y explora opciones para nuevas actividades y, de ser el caso, oportunidades para formar nuevas

relaciones. El terapeuta enfatiza lo difícil que resulta para la paciente obligarse a involucrarse con otros, pero hace hincapié en que, una vez que lo haga es probable que se sienta mejor. En efecto, el terapeuta interpersonal pide a la paciente que corra riesgos - tanto al afirmarse con otros como al obligarse a involucrarse de nuevo en actividades sociales. El terapeuta reconoce explícitamente que le está pidiendo que corra riesgos, pero le asegura que esos riesgos probablemente contribuirán a mejorar su estado de ánimo y su situación en la vida. El terapeuta estará ahí para discutir cualquier cosa que salga bien o mal.

Fase final (sesiones 10 a 12)

En las sesiones finales el terapeuta revisa el progreso de la paciente respecto con la mejoría de los síntomas y el grado en que ha resuelto el área de problema focal. Al revisar las razones de la mejoría de la paciente, por medio de las acciones emprendidas para resolver el foco interpersonal, el terapeuta refuerza el aumento en su autoestima señalando que sus acciones dieron lugar a sus logros. El terapeuta felicita a la paciente por su progreso y esfuerzo, y expresa optimismo en que pueda mantener ese progreso de manera independiente.

El terapeuta aborda la falta de respuesta en pacientes cuyo estado de ánimo y situaciones de vida no mostraron mejoría o exhibieron sólo una mejoría parcial. Debe explicar que lo que falló fue el **tratamiento** y **no** la paciente; debe darle esperanza y enfatizar que la depresión es tratable y que existen muchos otros tratamientos eficaces, animarla a explorar tratamientos alternativos.

El terapeuta explora los sentimientos de la paciente en relación con el tratamiento y su terminación, reconociendo no sólo su propia tristeza por el fin de la relación sino también su felicidad por la mejoría de la paciente y su confianza en que será capaz de mantener el progreso logrado en el tratamiento. De recurrir los síntomas, la paciente ha adquirido las herramientas que le permitirán manejar por sí misma los síntomas de la depresión. Además, de ser necesario, la paciente puede regresar a la terapia interpersonal para recibir sesiones de "refuerzo".

El terapeuta interpersonal hace uso del modelo médico para ofrecer psicoeducación sobre la recaída y recurrencia de la depresión mayor y prepara a la paciente respecto con el potencial de una recaída. Por desgracia, las pacientes que han experimentado uno o más episodios de depresión mayor quedan vulnerables a episodios futuros. El terapeuta explica esto e informa que, dado el vínculo entre los sucesos estresantes y el estado de ánimo, la paciente puede anticipar que quizá enfrente dificultades con sucesos estresantes en el futuro. Por suerte, puede usar las habilidades de afrontamiento que adquirió para prevenir un empeoramiento de los síntomas. Si la paciente mejoró en la terapia interpersonal pero tiene síntomas residuales significativos o una historia de episodios múltiples, terapeuta y paciente pueden acordar la continuación o mantenimiento de la terapia interpersonal, lo que ha demostrado ser eficaz para impedir las recaídas (Frank *et al.,* 2007).

ESTUDIO DE CASO

El siguiente caso demuestra la forma en que una clínica (K. L. B.) llevó a cabo la terapia interpersonal para la depresión mayor en un tratamiento agudo de 12 semanas e ilustra la manera de trabajar con el área problema del duelo. En la terapia interpersonal el duelo (luto complicado) se considera un área problema focal cuando el inicio de la depresión se relaciona con la muerte de un ser querido y la paciente experimenta una reacción anormal de duelo (Weissman *et al.,* 2000).

Aunque la atención en el área problema del duelo por lo general aborda un luto complicado que se relaciona con la muerte de una persona que en realidad vivió, el siguiente caso involucra un luto complicado relacionado con un mortinato (Bleiberg, 2012). En realidad, las áreas de problema de la terapia interpersonal pueden aplicarse a una gran variedad de casos. Se demuestran las metas y técnicas de tratamiento de la terapia interpersonal específicas al trabajo con un área problema de duelo.

Información antecedente

Sara, una mujer de 35 años, casada y sin hijos, fue referida para tratamiento por depresión mayor dos meses después de la muerte *in utero* de su bebita de 27 semanas de gestación. Su médico consideró una infección bacteriana como la causa más probable de la muerte. La queja principal de Sara era "Siento que debería superarlo".

A las 27 semanas, después de no haber sentido el movimiento de su bebé durante varias horas, Sara llamó a su médico quien le pidió que fuera al hospital. El médico no encontró latidos y le dijo a Sara que era necesario expulsar al feto. Sara recordaba que al principio se había sentido conmocionada, aturdida e incapaz de llorar; se le administraron medicamentos para inducir el parto y una epidural, y parió a la bebé por vía vaginal. A pesar de los esfuerzos por revivirla, la bebé fue declarada muerta poco después del parto. Sara dijo que quería abrazarla y se la entregaron envuelta en una frazada blanca y rosa. Recordó que ella y su marido habían llorado incontrolablemente mientras tomaban turnos para sostener a la bebé, y durante mucho tiempo después de entregarla de vuelta al médico. Recordó que la bebé era "muy bonita" y que se parecía a su esposo. Le entregaron fotografías de la pequeña y huellas de sus pies para llevar a casa. Sara y su esposo decidieron no hacer un funeral o exequias para su pequeña, informó que desde el mortinato dos meses antes, se sentía triste e irritable la mayor parte del día, casi todos los días, y que no era capaz de disfrutar cosas que antes le gustaban como leer ficción, cocinar, ir al cine y hacer ejercicio. Ella trabajaba como enfermera en un hospital de estancia breve en la ciudad de Nueva York, y antes del mortinato su trabajo le gustaba mucho. Ahora se sentía incapaz de disfrutar de su trabajo debido a su estado de ánimo y porque temía tener que hablar sobre su pérdida con compañeros que sabían que había estado embarazada. Sara lloraba con frecuencia, se había retraído socialmente, tenía poca energía y dificultad para concentrarse, había perdido el apetito y se sentía muy mal consigo misma. Negaba haber tenido pensamientos de suicidio o de sentir que no valía la pena seguir viviendo.

Sara dijo que a pesar de que trataba de no pensar en la muerte de la bebé, a menudo era perturbada por pensamientos relacionados con la niña, preguntándose cómo habría sido su vida si su bebé hubiera sobrevivido. Sara regresó al trabajo tres semanas después del mortinato con la esperanza de que el trabajo la distraería y la ayudaría a "superar" su pérdida. Dijo que se sentía muy enojada y que evitaba a otras mujeres embarazadas, incluyendo a amigas cercanas y a mujeres con recién nacidos, además de otros recordatorios de su embarazo. Se sentía enojada de haber tenido que pasar por el embarazo y el parto sin lograr el placer de tener un hijo.

Sara era acosada por una culpa inapropiada; se sentía culpable porque temía haber hecho algo que ocasionara su pérdida, a pesar de que el médico le había dicho que no habría podido hacer nada para evitarlo. Le explicó que cuando las infecciones bacterianas causan la muerte fetal, con frecuencia no presentan síntomas en la madre y no son diagnosticadas hasta que provocan complicaciones graves. No obstante, Sara sentía que tendría que haber reconocido la infección y se culpaba de haber esperado hasta los 35 años para embarazarse. El mortinato la hacía sentir fracasada, se sentía culpable por haber decepcionado y molestado a su esposo por la pérdida de su bebé, y no quería agobiarlo con sus sentimientos por la pérdida.

Antes de la evaluación actual, Sara no había buscado nunca tratamiento. Describió un episodio anterior de depresión mayor cerca de los 30 años, con duración de cuatro a seis semanas que había sido precipitada por la ruptura con un novio de varios años, pero dijo que la muerte de su bebé la hacía sentir mucho peor. Comentó que su madre había sido tratada por depresión con medicamentos antidepresivos y que los resultados habían sido buenos.

Sara era una mujer atractiva, de estatura y peso promedio, que aparentaba su edad, iba vestida de manera casual, pero cuidadosa, con jeans y un suéter largo. Sus movimientos eran ligeramente lentos, pero su habla era fluida. Su estado de ánimo era depresivo y ansioso, y su afecto congruente y lloroso. Negó tener o haber tenido en el pasado ideación suicida, así como cualquier historia de abuso de drogas o síntomas psicóticos. Negó sufrir o haber sufrido enfermedades como disfunción tiroidea. Afirmó que antes del mortinato no había tenido embarazos conocidos, pérdidas o problemas de fertilidad; de hecho, había concebido después de sólo un par de meses de intentar embarazarse.

Sara era buena candidata para la terapia interpersonal. Cumplía los criterios de depresión mayor y había experimentado un suceso reciente, próximo al inicio de sus síntomas. Además, la terapia interpersonal podía abordar los problemas interpersonales que estaba experimentando en relación con el inicio de sus síntomas.

También era candidata potencial para terapia cognitivo-conductual, farmacoterapia o psicoterapia combinada con medicamentos (antidepresivos basados en la evidencia). No estaba interesada en hacer tareas escritas y se mostraba renuente a tomar medicamentos porque esperaba embarazarse de nuevo en un futuro cercano.

Tratamiento de Sara con la terapia interpersonal

Fase aguda (sesiones 1 a 3)

En el caso de Sara se siguió el formato de la terapia interpersonal para el tratamiento agudo. En las tres primeras sesiones la terapeuta obtuvo una historia psiquiátrica minuciosa y estableció el marco para el tratamiento. En la primera sesión se enteró de la queja principal y obtuvo una historia de la enfermedad actual de Sara. Como el tratamiento tuvo lugar antes de la publicación del DSM-5, la terapeuta utilizó los criterios del DSM-IV para determinar que la paciente cumplía criterios del trastorno depresivo mayor, y utilizó la Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton (HDRS) para evaluar la severidad de sus síntomas.

La terapeuta ofreció a Sara empatía por la pérdida de su embarazo diciendo "Lo siento mucho. Usted ha sufrido una pérdida terrible. No me extraña que se haya sentido tan mal y que haya experimentado momentos tan difíciles". La terapeuta le entregó a Sara el diagnóstico de depresión mayor, revisó sus síntomas específicos, le asignó el "rol de enferma" y le ofreció esperanza:

"Los síntomas que describe y que ha tenido en los dos meses pasados (estado de ánimo depresivo, no poder disfrutar ni interesarse en las cosas, sentirse culpable y muy mal consigo misma, dificultades para dormir y comer, y problemas para concentrarse) corresponden todos a la depresión mayor. La depresión mayor es una **enfermedad** que es **tratable.** No es culpa suya sentirse de esta forma, y tiene una muy buena posibilidad de recuperarse. Le explicó que la puntuación que había obtenido en la Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton, 24, indicaba depresión moderadamente severa y que aplicaría el instrumento a intervalos regulares para supervisar su progreso. Dada la gravedad de los síntomas de Sara, su disposición a participar en la psicoterapia y su renuencia a tomar medicamentos por su intención de volver a embarazarse, la terapeuta no consideró que los medicamentos fuesen necesarios.

La terapeuta describió la terapia interpersonal y la lógica del tratamiento:

TERAPEUTA: Estoy entrenada como psicoterapeuta interpersonal, la que en mi opinión puede ayudarle. La psicoterapia interpersonal, llamada a veces IPT, es un tratamiento de tiempo limitado que se enfoca cómo es afectado el estado de ánimo por sucesos y estresores recientes -como la pérdida de un bebé- y la forma en que los síntomas del estado de ánimo complican los sucesos y estresores actuales, sobre todo los problemas en las relaciones. Aunque en las primeras sesiones revisaremos su historia, nuestras sesiones se enfocarán en el aquí y ahora, en sus dificultades y relaciones **actuales,** no en el pasado. ¿Tiene esto sentido para usted?

SARA: Sí.

TERAPEUTA: A menudo la gente responde al tratamiento con la terapia interpersonal en 12 sesiones semanales. Propongo que nos reunamos una vez a la semana para una sesión de 50 minutos durante las 12 semanas siguientes. De ser necesario, al final de las 12 semanas podemos considerar la necesidad de tener sesiones adicionales para trabajar en problemas y mantener su progreso. ¿Qué le parece?

SARA: Suena bien, Espero poder sentirme mejor en 12 semanas.

TERAPEUTA: Usted puede sentirse mejor en 12 semanas. En numerosas investigaciones se ha demostrado que la terapia interpersonal trata de manera efectiva síntomas como los que ha descrito.

Después de la primera sesión Sara se sintió un poco más esperanzada, pero dijo que no le gustaba la idea de haber recibido un diagnóstico de depresión mayor. Aunque podía entender que existía una relación entre su mortinato y su estado de ánimo, todavía creía que debía sentirse mejor después de dos meses, y no quería considerarse deprimida y necesitada de ayuda, como su madre. Sara dijo que siempre había sido la "fuerte" y que estaba acostumbrada a funcionar en un nivel muy alto. La terapeuta no se sorprendió por el escepticismo inicial de la paciente, ya que suele necesitarse tiempo para que las pacientes acepten el modelo médico. Además, a las pacientes con depresión suele resultarles incómodo buscar ayuda ya que temen convertirse en una carga para los demás. No obstante, terapeuta y paciente acordaron trabajar juntas durante 12 semanas y decidir luego si se necesitaban más sesiones.

Para obtener la historia psiquiátrica de Sara, la terapeuta condujo un **inventario interpersonal**, donde revisó con cuidado el funcionamiento social pasado y actual de Sara, así como sus relaciones cercanas. Inició el inventario preguntando por la familia de la paciente.

¿Dónde creció?… ¿Quién formaba parte de su familia?… ¿Cómo describiría la relación con su madre?… ¿Con su hermano?

Sara había crecido en Canadá con sus padres, ahora de poco más de 60 años, y con su hermano menor, ahora de 33 años, todos los cuales vivían cerca de Toronto, donde había sido criada. Mientras Sara crecía su padre trabajaba mucho, y aunque le tenía mucho cariño, no se sentía cercana a él. Sara se sentía más cercana a su madre y hablaba con ella todas las semanas, aunque se irritaba fácilmente con ella. A Sara le molestaba que su madre no fuese asertiva y que se deprimiera de manera intermitente. Hablaba semanalmente con su hermano, que vivía con su esposa y un hijo de dos años. Describió que su relación con su hermano era bastante cercana. Dijo que desde el mortinato hablaba menos a menudo con su hermano porque se sentía celosa de que él tuviera un hijo. Cuando hablaban, Sara evitaba preguntar por su sobrino.

Después de explorar las relaciones de Sara con los miembros de su familia, la terapeuta preguntó por otras personas importantes en su vida y por su relación con su esposo. A la edad de 33 años Sara conoció a su esposo, Steve, quien era un año menor que ella. Describió a Steve como cálido y encantador y dijo que la cuidaba mucho. Ella sentía que no "lo merecía" porque era "muy buena persona". Describió a sus novios anteriores como menos accesibles en lo emocional y como "no muy buenas personas". Sara y Steve provenían ambos de Canadá, pero se conocieron en Nueva York donde fueron presentados por amigos comunes. Sara se había mudado a Nueva York antes de los 25 años, mientras que su esposo lo hizo dos años antes de conocerse.

Desde el mortinato, Sara se sentía distante de Steve y discutía con él por "naderías"; dijo que se sentía culpable por haberlo decepcionado al perder a su bebé y que temía que

la culpara por la muerte de la pequeña. No quería agobiarlo más compartiendo su propia angustia por la pérdida; también sentía que Steve no comprendía sus temores ante la idea de un nuevo embarazo.

Sara dijo que tenía algunas amigas cercanas quienes vivían en el área y que, hasta la pérdida del embarazo, hablaba con ellas aproximadamente una vez por semana. En el trabajo tenía varias amigas con quienes conversaba casi cada día hasta la pérdida. Dijo que antes de deprimirse solía ser "independiente", "sociable" y que "no se apoyaba en otra gente" y que sus amigos recurrían a ella cuando tenían problemas. Mencionó que antes de la depresión sus amigos la describirían como una persona esforzada y llena de energía. Rara vez discutía con sus amigos porque el conflicto la hacía sentir "incómoda". Evitaba confrontar a amigos y compañeros cuando se sentía enojada o en desacuerdo con ellos.

La terapeuta le preguntó si había recurrido a alguien en busca de consuelo después de su pérdida porque es importante tener a alguien en quien confiar después de una pérdida tan dolorosa o cualquier experiencia estresante. Sara respondió que había evitado a sus amigos y familiares desde la pérdida. Mientras estaba embarazada se había sentido incómoda de hablar de su embarazo con amigos, familiares y compañeros de trabajo porque no le gustaba ser el centro de atención y se sentía culpable por no haber disfrutado el primer trimestre de su embarazo. Hablar de la pérdida de su embarazo la hacía sentir todavía más incómoda. Después de la pérdida sus padres y su familia política llegaron a ver a Sara y a su esposo, pero ella se sentía incapaz de hablar con ellos sobre lo que había sucedido y cómo se sentía. Sus compañeros de trabajo sabían que había estado embarazada y Sara se sintió obligada a decirles algo sobre lo sucedido. La terapeuta advirtió que parecía que Sara no podía compartir con nadie sus sentimientos sobre el mortinato. Sara no quería buscar a sus amigos o familiares ni dejarles saber lo mal que se sentía; al respecto explicó "no quiero molestar a la gente con mis problemas. No quiero ser débil".

La terapeuta replanteó la dificultad de Sara para buscar a otros utilizando el modelo médico para explicar la forma en que la depresión afecta el funcionamiento social:

TERAPEUTA: Usted no es débil, está **deprimida** y eso no es su culpa. La gente con depresión tiende a minimizar sus necesidades e, igual que usted, evita buscar ayuda de sus amigos porque teme ser una carga. Sin embargo, no sólo es apropiado buscar ayuda de otros, sino que obtenerla también puede ser **realmente** útil. De hecho, se ha demostrado que el apoyo de otros ayuda a recuperarse de la depresión. Puedo ver su dilema. Su depresión hace que buscar apoyo la haga sentir incómoda, pero se ha demostrado que el apoyo de otros disminuye la depresión e impide que la gente se deprima. ¿Tiene esto sentido para usted?

SARA: Sí, pero no quiero escuchar lo que tienen que decir. Eso sólo me molesta más. Ellos no entienden por lo que estoy pasando.

TERAPEUTA: ¿Qué tipos de cosas le dice la gente?

Sara contestó que se sentía molesta cuando la gente le decía cosas como "Vas a embarazarte de nuevo" o "Conozco a alguien que también perdió un bebé". Esas afirmaciones la hacían sentir enojada. Sentía que los demás no podían entender lo que había experimentado. Una amiga cercana había dado a luz recientemente a su primer hijo y Sara había evitado llamarla y verla. Le parecía injusto que su amiga tuviera un bebé y ella no. Una colega había estado embarazada al mismo tiempo, pero su embarazo había sido relativamente sencillo. Sara sentía que su compañera no había sido solidaria por el malestar físico que había experimentado durante el embarazo.

Para el final de la primera fase del tratamiento, la terapeuta había relacionado el episodio de depresión mayor de Sara con su situación interpersonal en un planteamiento **centrado** en un área de problema focal de la terapia interpersonal. La queja principal de Sara reflejaba que todavía lloraba la pérdida de su bebé y que no era capaz de retomar su nivel normal de funcionamiento. Su situación era un ejemplo claro del área de problema del duelo: Sara sufría un luto complicado. Aunque es normal afligirse por meses después de perder a un ser querido, la severidad de los síntomas depresivos de Sara (en especial la culpa excesiva, la baja autoestima y el aislamiento social) y su evitación de pensamientos, sentimientos y recordatorios de la bebé y de su muerte, reflejaban una reacción de duelo anormal. No había buscado apoyo emocional después del mortinato y en realidad no había llorado la muerte de su bebé. De hecho, las personas suelen desarrollar un duelo complicado cuando carecen o no hacen uso de su red social para ser ayudadas a llorar la pérdida de un ser querido.

La terapeuta presentó a Sara el siguiente planteamiento:

TERAPEUTA: A partir de lo que me cuenta, parece claro que la muerte de su bebé desencadenó su depresión actual. Usted sufrió una pérdida terrible y el duelo le está resultando difícil. No es sorprendente que haya pasado por momentos tan difíciles. Esto no es culpa suya. Además, su pérdida y su depresión han afectado su relación con la gente de su vida, como su esposo, sus amigos y sus colegas, y le resulta difícil expresarles sus sentimientos. Le sugiero que en nuestras sesiones nos enfoquemos en manejar su duelo por este hecho terrible. El duelo es una de las áreas de problema que se ha demostrado que puede tratarse con la terapia interpersonal. Le sugiero que trabajemos para ayudarla a llorar la pérdida y mejorar las relaciones que se han visto afectadas por ella. ¿Qué le parece?

SARA: Suena bien.

Con el acuerdo explícito de Sara sobre el tema central del tratamiento, la terapeuta inició la fase intermedia del mismo.

Fase intermedia (sesiones 4 a 9)

Durante la fase intermedia terapeuta y paciente trabajaron en resolver el área de problema interpersonal de Sara. En la terapia interpersonal la estrategia para trabajar con el duelo es ayudar a la paciente a tolerar y manejar la pérdida del afecto, y a recabar

apoyo social que la ayude durante el luto. Además, el terapeuta ayuda a la paciente a usar los apoyos sociales existentes, a reestablecer intereses y relaciones, a formar nuevas relaciones y a explorar nuevas actividades para compensar la pérdida (Weissman *et al.,* 2000, 2007).

La terapeuta continuó ofreciendo psicoeducación acerca del duelo complicado y la forma en que la depresión afecta el funcionamiento social, y relacionó repetidamente la depresión de Sara con el área problema identificada. Empezó cada sesión con la siguiente **pregunta abierta:** "¿Cómo han estado las cosas desde la última vez que nos vimos?" Esta pregunta provocaba afecto y la historia del estado de ánimo de Sara y los sucesos ocurridos entre sesiones, mantenía a la paciente enfocada en su estado de ánimo y los sucesos actuales.

Para facilitar el proceso de duelo, la terapeuta animó a Sara a pensar en la pérdida. De hecho, este proceso había empezado en la fase inicial mientras recababa la historia de los hechos relacionados con el inicio de la depresión de la paciente. La terapeuta le pidió que describiera los sucesos ocurridos antes, durante y después de la muerte de la bebé (lo que suele ser una fuente de culpabilidad para la paciente) y exploró los sentimientos de Sara asociados con esos hechos. Para ayudar a una paciente a llorar la muerte de un ser querido, la terapeuta interpersonal le pide que describa sus sentimientos relacionados con la muerte y con la persona que falleció. La terapeuta explora lo que la paciente y la persona fallecida hicieron juntos, lo que a la paciente le gustaba y lo que no de esa persona, y lo que deseaba que hubieran hecho juntos pero que no tuvieron la oportunidad de hacer. La terapeuta le pide a la paciente que describa cómo murió la persona fallecida y cómo se enteró de la muerte, y explora los sentimientos relacionados de la paciente. Como la bebé de Sara murió *in utero*, la terapeuta modificó un poco el interrogatorio, para lo cual animó a Sara para que hablara sobre su experiencia en el embarazo, sobre la bebé y cómo imaginaba que sería su pequeña. La terapeuta le preguntó también lo que le gustaba y lo que no de llevar a la bebé en su vientre y lo que esperaba hacer con ella.

Sara describió llorosa haber tenido sentimientos contradictorios sobre su embarazo. Dijo que ella y Steve habían empezado sus intentos por concebir seis meses antes de casarse y que, para su sorpresa, dos meses después estaba embarazada. Cuando descubrió el embarazo, Sara se sintió verdaderamente feliz, aunque asustada por la idea de convertirse en madre. Se cuestionó si estaba "lista". Sara dijo que se había esforzado mucho en llevar un buen cuidado prenatal: comía alimentos saludables y seguros para el embarazo, tomaba vitaminas prenatales y empezó clases de yoga prenatal. Llevar un buen cuidado prenatal la hacía sentir bien, "como si fuese ya una mamá cuidando de su bebé".

Sara pronto empezó a experimentar una fatiga terrible y náuseas implacables, lo que se prolongó durante las primeras 12 semanas del embarazo. Describió sentirse como si hubiera sido "tomada" por el embarazo. Se quejó de que, aunque le encantaba cocinar, no quería hacerlo porque se sentía muy enferma. A pesar de la náusea se aseguraba de que consumía los nutrientes que la bebé necesitaba. La fatiga y la náusea la debilitaron

tanto que ya no le fue posible cumplir las demandas físicas de su trabajo como enfermera; por lo que no pudo ocultar el embarazo de sus compañeros; le contó a su supervisor, quien se mostró feliz de ayudarla dándole responsabilidades más administrativas en lugar de la atención a pacientes hasta que se sintiera mejor. Sara resintió tener que dejar el trabajo clínico con pacientes, porque esa era la parte que disfrutaba de su empleo. A pesar de que sus colegas habían sido muy solidarios, se sentía avergonzada por sus síntomas y muy culpable de que tuvieran que absorber su carga de pacientes. Le molestaba que otros idealizaran el embarazo cuando ella lo encontraba tan desagradable; aunque al mismo tiempo se sentía culpable y egoísta por quejarse. Sara sentía que tendría que haberse mostrado agradecida de estar embarazada.

La terapeuta mostró empatía por la incomodidad de Sara durante el primer trimestre y validó su necesidad de quejarse:

TERAPEUTA: El primer trimestre del embarazo puede ser realmente difícil y muy perturbador. ¡Dese un respiro! Es difícil apreciar el embarazo cuando uno se siente tan mal. Parece que usted sí apreciaba estar embarazada, se esforzó mucho en cuidarse. Le prestaba mucha atención a su dieta y reorganizó su situación en el trabajo.
SARA: No lo sé… supongo que es verdad.

Cuando el agotamiento y la náusea desaparecieron, Sara empezó a sentirse más optimista y emocionada por la idea de tener un hijo. Ver los ultrasonidos que le hicieron a la bebé lo hacían ver "más real" y ayudaron a que Sara se sintiera conectada con la niña. En la semana 16 Sara se enteró de que el bebé era una niña. Emocionada, de inmediato empezó a considerar nombres y a imaginar cómo sería. La imaginaba como una combinación de sí misma y de su esposo, con ojos azules y cabello rubio y rizado. Pensaba que la niña sería una persona amable, como su esposo. Se imaginó paseando con ella por el parque en la carriola y jugando con ella. En la semana 20 Sara empezó a sentir que la bebé se movía, cosa que disfrutaba mucho. Cuando la bebé se movía Sara detenía cualquier cosa que estuviera haciendo para mirar y sentir su abdomen. Describió que sentir los movimientos eran "algunos de los momentos más felices de su vida". Ni ella ni su esposo habían pensado en un nombre para la pequeña, pero se referían a ella como "cariño" *in utero*.

Después del mortinato, Sara luchó durante semanas con los recordatorios físicos de la bebé. Después del parto, las mamas filtraron leche durante unos días y tuvo sangrado vaginal durante varias semanas. Dijo que todavía parecía embarazada semanas después de dar a luz a la bebé y que su útero regresó lentamente a su tamaño previo al embarazo. En el momento de su evaluación inicial dijo que todavía debía perder poco más de dos kilos para regresar a su peso normal. Sara extrañaba estar embarazada y dijo que se sentía "vacía" y "sola" sin la bebé dentro de ella. Se sentía deseosa y lista para convertirse en madre, aunque la idea de embarazarse de nuevo la asustaba porque temía perder otro bebé.

Un par de semanas después del mortinato, el médico determinó que había sido causado

por una infección bacteriana no detectada; les explicó que no había nada que ella o su esposo pudieran haber hecho para impedir la pérdida y que este tipo de incidente era muy raro. A pesar de la explicación de su médico, Sara se culpaba por la muerte de su bebé y temía que su esposo la culpara también, aunque el lo negaba en forma reiterada. La terapeuta exploró más a fondo la culpa de Sara:

TERAPEUTA: ¿Qué podría haber hecho para impedir la muerte de su bebé?
SARA: (*llorosa*). No lo sé… Tendría que haber sido capaz de hacer algo.

La terapeuta le ofreció empatía y apoyo, y relacionó su culpa con la depresión.

TERAPEUTA: Habría sido muy bueno que hubiera algo que hubiese podido hacer para impedir esta tragedia, pero por lo general no hay nada que los padres puedan hacer para impedir la pérdida de un embarazo.

Me parece que usted hizo todo lo que estaba a su alcance, se cuidó muy bien. Usted está enfrentando una culpa inapropiada y excesiva, lo que es un síntoma de depresión. Se culpa por algo que no hizo. Cuando se sorprenda sintiéndose culpable, trate de etiquetar ese sentimiento como un síntoma de depresión.

SARA: Sí, supongo que puedo intentarlo.
Hablar sobre el embarazo, la bebé y la muerte de la bebé, y explorar los sentimientos relacionados permitieron que Sara desarrollara una percepción más equilibrada y realista de su relación con la pequeña y su papel en su muerte. Se dio cuenta de que no había dado por sentado su embarazo. De hecho, hizo todo lo que estuvo a su alcance para manejar un primer trimestre complicado y cuidar de su bebé. Además, su experiencia con el embarazo y la bebé la hicieron darse cuenta de que, a pesar de su ansiedad inicial, estaba lista y emocionada por convertirse en madre. Para el final del primer mes de tratamiento, el estado de ánimo de Sara había mejorado un poco y su puntuación en la Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton había disminuido a 18. Se mostraba menos crítica consigo misma y más esperanzada.

Una parte importante del tratamiento del duelo es facilitar la expresión del afecto relacionado con la pérdida del ser querido. La terapeuta exploró los sentimientos de Sara mientras hablaba sobre la bebé y su pérdida, dándole tiempo para expresar lo que sentía y para llorar. Aunque los terapeutas interpersonales por lo general adoptan una postura activa cuando se facilita la expresión de sentimientos dolorosos es importante permitir los silencios. Al escuchar en silencio, la terapeuta demostró que podía tolerar la aflicción de Sara y que la catarsis era una parte importante de llorar su pérdida. Sara no sólo pudo expresar los sentimientos que había estado evitando, sino también sentimientos de los que no había estado consciente antes.

Sara había evitado mirar las fotografías y las huellas que le tomaron a la bebé en el hospital, y las había guardado en una caja debajo de su cama. Ella y la terapeuta

exploraron cómo sería para ella ver esos objetos. Sara temía que resultaría siniestro y que la haría sentir muy mal. La terapeuta la animó suavemente a correr el riesgo y mirar porque experimentar los sentimientos que había estado evitando la haría sentir mejor:

"Sus sentimientos no van a lastimarla. En realidad podría sentirse mejor si se permite dejar salir algunos de los sentimientos que ha tratado de mantener en su interior. Sé que le estoy pidiendo que corra un riesgo, pero tal vez reciba una sorpresa agradable".

Sara miró las fotografías y las huellas entre sesiones. La terapeuta le preguntó cómo se había sentido.

SARA: Lloré mucho. Era tan bonita. No fue tan difícil cómo creí que sería. Me sentí liberada. Me sorprendió que después de eso me sentí un poco mejor.

TERAPEUTA: Me alegra tanto que se haya arriesgado y mirado. Parece que eso la hizo sentir mejor.

De hecho, cada pocas semanas antes de terminar el tratamiento Sara miraba las fotografías y las huellas. Explicó que las fotografías la consolaban un poco porque sentía una conexión con su bebé.

Además de alentar la catarsis, la terapeuta animó a Sara a trabajar en sus interacciones interpersonales para reconectarse con las personas en su vida y para considerar las oportunidades de formar nuevas relaciones y empezar nuevas actividades para compensar la pérdida. La terapeuta explicó que la gente con depresión tiende a aislarse y deja de realizar actividades que antes disfrutaba, lo que puede perpetuar la depresión. Sara dijo que no quería hablar con la gente porque temía tener que hablar sobre la pérdida, o que las cosas que la gente le dijera la hicieran sentir peor. De hecho, según lo que discutieron Sara y la terapeuta, ella podía dirigir la conversación de una forma que la hiciera sentir cómoda. Realizaron juegos de roles para explorar opciones y mantener el control de dichas conversaciones. Además, Sara podía decirle a la gente lo que podía serle de ayuda. La terapeuta explicó:

"A la gente con depresión a menudo le resulta difícil afirmar sus necesidades. Si usted comunica a los demás lo que necesita (a su esposo, amigos, colegas y familia), podría mejorar esas relaciones y su estado de ánimo. La gente en su vida puede no saber lo que usted necesita. Si se lo dice, no sólo podría recibir su apoyo, sino que podría disfrutar de nuevo de su compañía y sentirse mejor".

Mediante el uso del **análisis de comunicación,** la terapeuta le pidió a Sara que volviera a contar las discusiones y las interacciones desagradables con otros, lo que sentía durante la interacción, lo que ella dijo o hizo y lo que la otra persona hizo o dijo. Exploraron lo que Sara deseaba que las otras personas hicieran o dijeran, qué **opciones** tenía para pedirles que hicieran esas cosas, y realizaron juego de roles en que Sara pedía lo que deseaba.

Sara dijo que odiaba encontrarse con personas que sabían que había estado embarazada pero que no estaban enteradas del mortinato. De hecho, evitaba ir a lugares porque temía tener que responder preguntas sobre el tema. Sara y la terapeuta exploraron esas interacciones y la forma en que podía manejarlas mejor:

TERAPEUTA: ¿Qué tipo de cosas le han preguntado o qué teme que le pregunten?
SARA: Algunas personas me han preguntado "¿Cómo está tu bebé?" o "¿No estabas embarazada?"
TERAPEUTA: ¿Cómo la hace sentir eso?
SARA: ¡Horrible!
TERAPEUTA: ¿Cómo lo maneja?
SARA: No lo sé… En ocasiones digo "No lo he solucionado" o "Mi bebé murió".
TERAPEUTA: Eso suena bien. ¿Cómo la hace sentir decirlo?
SARA: Se siente bien, pero luego quieren saber qué sucedió y dicen cosas estúpidas como, "Por lo menos sabes que puedes quedar embarazada" o "Puedes tener otro".
TERAPEUTA: ¿Qué le gustaría que hicieran o dijeran?
SARA: Me gustaría que sólo dijeran "Lo siento" y que no hicieran más preguntas. No quiero hablar de lo que sucedió.
TERAPEUTA: ¿Cómo podría comunicar eso?
SARA: Supongo que podría decir, "Lo siento, pero preferiría no hablar de eso".
TERAPEUTA: ¿Qué le parece eso? ¿Cómo la hace sentir decirlo?
SARA: Se siente bien. ¿No le parece que es grosero decirlo?
TERAPEUTA: No. Usted lo dice con amabilidad y es apropiado que reivindique sus necesidades. Es una situación incómoda para usted y para la persona que hizo la pregunta. Si usted es amable y directa con la gente, es probable que entiendan. Pero ¿por qué no lo intenta y vemos?

Sara reportó que había evitado regresar las llamadas de viejos amigos. Explicó que ver a sus amigas que tenían bebés la hacía sentir incómoda porque eso le recordaba a la bebé que había perdido. Sara tampoco quería hablar de su pérdida ni contarles cómo se sentía porque temía herir sus sentimientos. Sara y la terapeuta hicieron juego de roles en que les hablaba a sus amigas de su incomodidad y les explicaba que no quería ofenderlas. El juego de roles la ayudó a sentirse preparada y menos ansiosa por ir a trabajar, caminar por el vecindario y hablar con los viejos amigos. Como resultado, gradualmente empezó a salir más y a regresar las llamadas. Regresó al estudio de yoga donde había tomado las clases de yoga prenatal y empezó a tomar clases regulares de yoga, lo que mejoró su estado de ánimo y le dio la oportunidad de estar cerca de otra gente. Para la mitad del tratamiento la puntuación de Sara en la Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton había bajado a 13, lo que coincidía con depresión leve.

Desde el mortinato, Sara había estado riñendo con su esposo Steve por "cosas insignificantes" y se sentía "distante de él". La terapeuta le pidió que describiera un incidente reciente. Sara dijo que Steve llegó a casa del trabajo y le contó que la esposa de uno de sus amigos acababa de tener un bebé. Sara sintió que era insensible que le contara sobre las experiencias positivas de otra gente con el embarazo. La molestó que Steve no pareciera tan incómodo como ella con esta información y que ya no luciera tan molesto como ella por la pérdida. La interacción la hizo sentirse "sola". Le había respondido

diciendo “Que bien”, para salir luego de la habitación y rumiar el resto de la noche acerca de la poca sensibilidad de su marido.

Sara reportó que a menudo tenían interacciones similares. Una vez más. la terapeuta relacionó con la depresión la dificultad de Sara para afirmarse con su esposo, y advirtió que guardarse sus sentimientos en realidad podría estar ocasionando que se sintiera peor. Exploraron opciones interpersonales para manejar esta situación de una forma que la ayudara a sentirse mejor. La terapeuta la ayudó a explorar cuáles podrían haber sido las intenciones de su esposo en la situación que había descrito. Se preguntó si su marido intentaba hacer que se sintiera mejor porque la esposa de su amigo había sufrido varios abortos. En el juego de roles Sara le dijo a su esposo cómo se sentía. Posteriormente, cuando Sara pudo expresarle sus sentimientos, se enteró de que, en efecto, Steve le había contado esas historias para darle esperanza. Además, su esposo le reveló que todavía se sentía afligido por la pérdida de su bebé, pero que no quería angustiarla compartiendo sus sentimientos. Sara se sintió aliviada al ver que ella y Steve estaban de acuerdo y se sintió bien saber que de nuevo podía sentirse cerca de él. Posteriormente, pudieron compartir sus sentimientos ambivalentes sobre la experiencia del embarazo.

Fase final (sesiones 10 a 12)

En las sesiones finales, la terapeuta y Sara revisaron el progreso de la paciente. Dijo que su estado de ánimo había mejorado mucho. Su puntuación en la Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton ahora era de 5, lo que coincidía con eutimia y remisión. Su afecto era más positivo y se veía menos angustiada por la pérdida de su bebé. “Todavía me siento mal cuando pienso en mi bebé, pero no me siento tan molesta. No me echa a perder el día entero, y de hecho puedo disfrutar las cosas de nuevo”. Además, Sara dejó de culparse por la muerte de su pequeña. Se sentía bien por su capacidad para comunicar sus sentimientos de manera más eficaz a su esposo, sus amigos y otras personas y por disfrutar de nuevo de socializar y de otras actividades.

La terapeuta la felicitó por su esfuerzo y por sus logros, y le dijo lo feliz que la hacía ver que se sentía mucho mejor. Analizaron la posibilidad de recaída y lo que podía hacer para mantener su progreso. Dada la historia de depresión de Sara, la terapeuta le explicó que, por desgracia, era vulnerable a episodios futuros; sin embargo, Sara podía anticipar su vulnerabilidad en el caso de enfrentar sucesos estresantes (disputas de roles, transiciones de roles, muertes) y usar las habilidades de afrontamiento que había aprendido en el trabajo con la terapeuta. Sara anticipó que trataría de concebir y que esperaba embarazarse de nuevo, lo que constituía una transición de roles. La terapeuta exploró con Sara esta época potencialmente estresante, analizaron la necesidad de que buscara el apoyo de los demás, que se comunicara con su esposo sobre lo que estaba sintiendo y que se perdonara si descubría que estaba pasando por un momento difícil.

En la última sesión, Sara le dijo a la terapeuta que había vuelto a leer las anotaciones que había hecho en su diario los días anteriores al inicio del tratamiento y que no podía creer lo lejos que había llegado, que la pérdida de su embarazo la había obligado a buscar tratamiento para una depresión que, ahora se daba cuenta que había sido un problema

permanente en su vida; en retrospectiva, había sufrido numerosos episodios de depresión leve a moderada. Sara admitió que al principio se sentía muy renuente a aceptar el modelo médico. Definir la depresión como una enfermedad física al final la había liberado de la vergüenza y la culpa por su dificultad para funcionar. Además, la posibilidad de ver la depresión como un conjunto de síntomas discretos la hizo más manejable. Sara informó que se llevaba mejor con su madre; ahora que entendía la depresión sentía más compasión por la lucha de su madre con la enfermedad. Se sentía agradecida por la oportunidad de aprender habilidades de afrontamiento que tenía la esperanza de poder mantener. Además, Sara dijo que no dudaría en buscar tratamiento si en el futuro volvía a sentirse deprimida.

El ánimo frecuente que recibió de la terapeuta, el límite de tiempo y la breve duración de la terapia interpersonal contribuyeron a mantener la motivación de Sara. La paciente dijo que valoraba la oportunidad de hablar de sus sentimientos por su embarazo, su bebé y la muerte de su bebé, y que sentía que la terapeuta la había entendido y apoyado. Reconoció que sus sentimientos, aunque intensos, tenían sentido en el contexto y que habían disminuido con la discusión. Sara confesó que valoraba que la terapeuta la hubiera "empujado" para reconectarse con otros. No había pensado que pudiera manejar la socialización con otros pero quedó gratamente sorprendida.

Si bien cada paciente es único, la terapia de Sara es parecida a otros tratamientos con la terapia interpersonal para la depresión mayor y es un buen ejemplo del trabajo en el área de problema del duelo. La exploración y normalización del afecto, el análisis de la comunicación, la exploración de opciones, el uso del juego de roles, el estímulo a correr riesgos sociales y otras técnicas usadas en el tratamiento de Sara son características del trabajo con otras dificultades interpersonales relacionadas con cualquiera de las cuatro áreas de problema de la terapia interpersonal.

PROBLEMAS COMUNES QUE SURGEN DURANTE EL TRATAMIENTO

Los problemas que suelen surgir durante el tratamiento de la depresión mayor con la terapia interpersonal son: (1) los inherentes al trabajo con pacientes deprimidos y (2) los que se relacionan con el marco terapéutico. Aunque esos problemas no son exclusivos de la terapia interpersonal, la manera en que el terapeuta los ve y los maneja distingue a esta terapia de otras psicoterapias. De acuerdo con los temas importantes de la terapia interpersonal, el terapeuta atribuye los problemas a la depresión y a las dificultades de la paciente para manejar las interacciones interpersonales y para comunicarse de manera eficaz fuera del tratamiento. El terapeuta mantiene una postura optimista, de apoyo y no crítica y evita las interpretaciones de transferencia.

Por ejemplo, las pacientes con depresión mayor sobrepuesta o trastorno distímico ("doble depresión") y sus terapeutas a menudo se desalientan por la cronicidad de su depresión. En esos casos, el terapeuta debe mantener la esperanza y el optimismo. Algunas pacientes deprimidas sienten que su depresión es incurable a pesar de los intentos reiterados del terapeuta por infundirles confianza. En esos casos, el terapeuta interpersonal emplea el modelo médico, etiqueta a la desesperanza como un síntoma de depresión y hace hincapié en que las pacientes no deben sentirse desesperanzadas toda vez que la depresión es tratable.

Las pacientes deprimidas a menudo consideran que buscar ayuda es un fracaso personal. El terapeuta interpersonal enmarca la búsqueda de tratamiento como la forma apropiada e inteligente de tratar una enfermedad física, y un paso positivo para obtener el dominio de sus problemas (Weissman *et al.,* 2000, 2007).

El problema más grave que puede surgir en cualquier tratamiento para la depresión es que un paciente exprese ideación suicida. Como en cualquier tratamiento, el terapeuta determina si se requiere la hospitalización con base en la gravedad del intento y el hecho de que la paciente disponga de apoyo social. El terapeuta debe mostrarse tan localizable para la paciente como le sea posible y programar las sesiones adicionales que sean necesarias. Evalúa las circunstancias en que se desarrolló la ideación suicida, lo que la paciente esperaba lograr terminando con su vida y revisa cómo imagina la paciente que los otros podrían reaccionar ante su suicidio. El terapeuta ayuda a la paciente a explorar formas alternativas de expresar lo que pretendía comunicar cometiendo suicidio; ofrece psicoeducación sobre el suicidio y explica que es el síntoma más mortal de la depresión y que paciente y terapeuta deben trabajar juntos para mantener con vida a la paciente, el tiempo suficiente para alcanzar el éxito del tratamiento, punto en el cual deseará vivir de nuevo. En el caso de las pacientes severamente suicidas debe considerarse añadir medicamentos a la terapia. El terapeuta se mantiene optimista de que la depresión de la paciente va a mejorar y que dejará de sentir que no vale la pena vivir la vida (Weissman *et al.,* 2000, 2007).

Pueden surgir problemas en la relación con el terapeuta. Por ejemplo, una paciente con pocos apoyos sociales puede llegar a ver la relación terapéutica como sustituto de las

relaciones fuera de la terapia. Como la terapia interpersonal se enfoca en las relaciones **fuera** del tratamiento, el terapeuta debe reorientar suavemente a la paciente hacia las relaciones externas. Cada vez que el terapeuta advierte que la capacidad de la paciente para conectarse dentro de la relación del tratamiento refleja su capacidad para establecer relaciones íntimas, debe aclarar que no son amigos ni familiares y enfatizar la importancia de la vida de la paciente fuera del tratamiento. El terapeuta ayuda a la paciente a explorar opciones para relacionarse con otros de formas parecidas a cómo se relacionó con él (Weissman *et al.,* 2000, 2007).

También se considera que las faltas y los retardos son sintomáticos de depresión. El terapeuta llama la atención y enfatiza el hecho de que la paciente faltó o llegó tarde a una sesión y advierte que la dificultad para llegar a las sesiones puede reflejar un funcionamiento que es característico de la depresión. Es probable que la paciente llegue demorada a citas fuera de la terapia. El terapeuta puede recordarle el límite temporal de la terapia interpersonal para motivarla a llegar a las sesiones. En el caso de que falte o llegue tarde a las sesiones porque se siente incómoda con el material que se está revisando en la sesión o porque tiene algún sentimiento negativo hacia el tratamiento o el terapeuta, éste muestra empatía con los sentimientos de la paciente y la ayuda a explorar formas de expresar esos sentimientos directamente.

Cuando una paciente se mantiene en silencio hasta el grado en que parece abstenerse de compartir pensamientos y sentimientos, o cuando cambia o evita temas, o le resulta difícil hacer revelaciones personales, el terapeuta advierte esta conducta y explora los sentimientos de la paciente relacionados con la conducta. En un tratamiento enfocado y de tiempo limitado como la terapia interpersonal esas conductas resultan particularmente problemáticas porque dificultan el trabajo en el área problema elegida. La paciente puede sentirse incómoda y avergonzada de compartir con el terapeuta sus pensamientos y sentimientos. El terapeuta asegura a la paciente que hay poco que pueda sorprenderlo y que no tiene que hablar de todo.

PREDICTORES DE RESPUESTA

Aunque existe evidencia sólida de que la terapia interpersonal es un tratamiento eficaz para la depresión mayor y otros trastornos, hay menos datos sobre los factores que predicen la respuesta a dicho tratamiento. Los datos de estudios de comparación de tratamientos que incluyen a la terapia interpersonal sugieren algunos predictores clínicos de respuesta. En el Programa de Investigación Colaborativa para el Tratamiento de la Depresión del Instituto Nacional de Salud Mental en sitios múltiples (NIMH TDCRP; Elkin *et al.,* 1989), 250 pacientes ambulatorios con depresión mayor fueron asignados al azar a 16 semanas de imipramina (IMI), terapia interpersonal, terapia cognitivo-conductual o placebo. Diversos investigadores examinaron la base de datos del Programa de Investigación Colaborativa para el Tratamiento de la Depresión con el propósito de identificar predictores de respuesta. Sotsky y colaboradores (1991) encontraron que los sujetos que en línea base presentaban un bajo nivel de disfunción social respondían bien a la terapia interpersonal, mientras que la respuesta era menos buena en quienes presentaban déficit interpersonales. Esos hallazgos apoyan la discusión que se hizo en este capítulo de que la terapia interpersonal funciona menos en el caso de pacientes con pocos o nulos contactos sociales, que no reportan sucesos recientes en su vida y cuyo tratamiento se enfoca por ende en el área problema de los déficit interpersonales. Una gravedad elevada inicial de los síntomas y el deterioro del funcionamiento predecían una respuesta superior a la imipramina y a la terapia interpersonal, en comparación con la terapia cognitivo-conductual (Sotsky *et al.,* 1991; Weissman *et al.,* 2000).

En otro análisis, los participantes en el Programa de Investigación Colaborativa para el Tratamiento de la Depresión con síntomas de depresión atípica, como reactividad del estado de ánimo y reversión de síntomas neurovegetativos respondían mejor a la terapia interpersonal y a la terapia cognitivo-conductual que a la imipramina o al placebo (Stewart, Garfinkel, Nunes, Donovan y Klein, 1998).

Barber y Muenz (1996) encontraron que entre los pacientes que habían concluido el tratamiento en el estudio del Programa de Investigación Colaborativa para el Tratamiento de la Depresión, la terapia interpersonal fue más eficaz que la terapia cognitivo-conductual para pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad, mientras que la terapia cognitivo-conductual había funcionado mejor para pacientes con trastorno de personalidad evasiva, según la medición de la Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton. Sin embargo, otro estudio que examinó la relación entre rasgos de personalidad y resultado en la misma base de datos no encontró diferencias significativas entre los rasgos de personalidad (Blatt, Quinlan, Pilkonis y Shea, 1995; Weissman *et al.,* 2000).

En otro estudio, Thase y colaboradores (1997) encontraron que entre 91 pacientes con depresión, quienes presentaban perfiles electroencefalográficos (EEG) anormales de sueño tenían una respuesta significativamente más pobre a la terapia interpersonal que los pacientes con perfiles normales. En este estudio, a diferencia del estudio de Sotsky y colaboradores (1991), la severidad de los síntomas no hizo una predicción significativa de la respuesta a la terapia interpersonal (Weissman *et al.,* 2000). Otros predictores

potenciales de la respuesta aparecen en la sección anterior de este capítulo en que se describe la terapia interpersonal de Sara.

CONCLUSIÓN

La terapia interpersonal es un tratamiento de tiempo limitado, orientado por el diagnóstico con eficacia demostrada para pacientes con depresión mayor y otros trastornos del estado de ánimo. Ha sido adaptada para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios y, más recientemente, trastornos de personalidad. Aunque existe evidencia considerable de la eficacia de la terapia interpersonal para el tratamiento de la depresión mayor y otros trastornos psiquiátricos y del estado de ánimo, se necesita mayor evidencia sobre los predictores de la respuesta a la terapia interpersonal. Este capítulo se enfocó en el protocolo original de la terapia interpersonal como tratamiento individual para la depresión mayor.

La terapia interpersonal emplea el modelo médico y se concentra en sucesos, dificultades interpersonales y síntomas **actuales** o recientes. Enfatiza la interrelación entre el estado de ánimo y los sucesos de la vida: los sucesos negativos o estresantes afectan al estado de ánimo y a la inversa, los síntomas del estado de ánimo afectan la forma en que la gente maneja los sucesos negativos o estresantes. El tratamiento con la terapia interpersonal se enfoca en una de cuatro áreas de problema interpersonal (duelo, disputas de roles, transiciones de roles y déficits interpersonales). El terapeuta ayuda a las pacientes a recuperarse de la depresión aliviando los síntomas depresivos y ayudándolas a resolver el área de problema interpersonal elegida. El terapeuta interpersonal adopta una postura activa, optimista y de apoyo.

El caso de Sara demuestra las técnicas usadas y el proceso de tratamiento con la terapia interpersonal. Esta terapia es un tratamiento ecléctico con eficacia probada que hace uso de técnicas empleadas por otras psicoterapias. La terapia interpersonal se distingue de otros tratamientos contra la depresión por la combinación que hace de principios, técnicas, estrategias y características de paciente y terapeuta.

Para obtener mayor información acerca de la terapia interpersonal y sus adaptaciones, los lectores pueden consultar *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy* de Weissman y colaboradores (2000), la *Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy* (2007) y el *Casebook of Interpersonal Psychotherapy* (Markowitz y Weissman, 2012a).

NOTA

1. Por simplicidad estilística, se hace referencia a los pacientes en femenino. De hecho, la mayoría de los pacientes deprimidos son mujeres.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2010). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, third edition. *American Journal of Psychiatry, 167*(Suppl.), S1–152.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Barber, J. P., & Muenz, L. R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the Treatment for Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 951–958.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A., & Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 125–132.

Blazer, D. G., II. (2000). Mood disorders epidemiology. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed., Vol. 1, pp. 1298– 1308). Philadelphia: Lippincott/Williams & Wilkins.

Bleiberg, K. L. (2012). Interpersonal psychotherapy for peripartum depression. In J. C. Markowitz & M. M. Weissman (Eds.), *Casebook of interpersonal therapy* (pp. 224–242). New York: Oxford University Press.

Bleiberg, K. L., & Markowitz, J. C. (2005). Interpersonal psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 162*, 181–183.

Bleiberg, K. L., & Markowitz, J. C. (2007). Interpersonal psychotherapy and depression. In C. Freeman & M. Power (Eds.), *Handbook of evidence-based psychotherapies: A guide for research and practice* (pp. 41–60). Oxford, UK: Oxford University Press.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.

Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy of depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 168*, 581–592.

Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., et al. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General of Psychiatry, 46*, 971–982.

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry, 50*, 419–428.

Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Peveler, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry, 52*, 304–312.

Frank, E. (2005). *Treating bipolar disorder: A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy*. New York: Guilford Press.

Frank, E., Kupfer, D. J., Buysse, D. J., Swartz, H. A., Pilkonis, P. A., Houck, P. R., et al. (2007). Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression. *American Journal of Psychiatry, 164*, 761–767.

Frank, J. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 25*, 350–361.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 2*, 56–62.

Hill, C. E., O'Grady, K. E., & Elkin, I. (1992). Applying the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale to rate therapist adherence in cognitive-behavior therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 73–79.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results of the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R).

Journal of the American Medical Association, 289, 3095–3105.
Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
Lipsitz, J. D., Fyer, A. J., Markowitz, J. C., & Cherry, S. (1999). An open trial of interpersonal psychotherapy for social phobia. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1814–1816.
Markowitz, J. C. (1998). *Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
Markowitz, J. C., Klerman, G. L., Perry, S. W., Clougherty, K. F., & Mayers, A. (1992). Interpersonal therapy of depressed HIV-seropositive patients. *Hospital and Community Psychiatry, 43*, 885–890.
Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Fishman, B., Spielman, L. A., Jacobsberg, L. B., Frances, A. J., et al. (1998). Treatment of HIV-positive patients with depressive symptoms. *Archives of General Psychiatry, 55*, 452–457.
Markowitz, J. C., & Milrod, B. (2011). The importance of responding to negative affect in psychotherapies. *American Journal of Psychiatry, 168*, 124–128.
Markowitz, J. C., Milrod, B., Bleiberg, K. L., & Marshall, R. D. (2009). Interpersonal factors in understanding and treating posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Practice, 15*, 133–140.
Markowitz, J. C., Skodol, A. E., & Bleiberg, K. (2006). Interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder: Possible mechanisms of change. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 431–444.
Markowitz, J. C., Svartberg, M., & Swartz, H. A. (1998). Is IPT time-limited psychodynamic psychotherapy? *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7*, 185–195.
Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (Eds.). (2012a). *Casebook of interpersonal psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2012b). IPT: Past, present, and future. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 19*, 99–105.
Meyer, A. (1957). *Psychobiology: A science of man*. Springfield, IL: Thomas.
Mufson, L., Dorta, K. P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry, 61*, 577–584.
Mufson, L., Moreau, D., & Weissman, M. M. (1993). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. New York: Guilford Press.
Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry, 56*, 573–579.
Murray, C. L., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease* (Vol. 1). Cambridge, MA: Harvard University Press.
O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., & Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry, 57*, 1039–1045.
Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry, 21*, 452–460.
Ransom, D., Heckman, T. G., Anderson, T., Garske, J., Holroyd, K., & Basta, T. (2008). Telephone-delivered interpersonal psychotherapy for HIV-infected rural persons with depression: A pilot trial. *Psychiatric Services, 50*, 871–877.
Reynolds, C. F., III, Dew, M. A., Martire, L. M., Miller, M. D., Cyranowski, J. M., Lenze, E., et al. (2010). Treating depression to remission in older adults: A controlled evaluation of combined escitalopram with interpersonal psychotherapy versus escitalopram with depression care management. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 25*, 1134–1141.
Reynolds, C. F., III, Dew, M. A., Pollock, B. G., Mulsant, B. H., Frank, E., Miller, M. D., et al. (2006). Maintenance treatment of major depression in old age. *New England Journal of Medicine, 354*, 1130–1138.
Sholomskas, A. J., Chevron, E. S., Prusoff, B. A., & Berry, C. (1983). Short-term interpersonal therapy (IPT) with the depressed elderly: Case reports and discussion. *American Journal of Psychotherapy, 36*, 552–566.
Sotsky, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Collins, J. F., Elkin, I., et al. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment Of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry, 148*, 997–1008.
Spinelli, M., & Endicott, J. (2003). Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting

education program for depressed pregnant women. *American Journal of Psychiatry, 160*, 555–562.
Stewart, J. W., Garfinkel, R., Nunes, E. V., Donovan, S., & Klein, D. F. (1998). Atypical features and treatment response in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 18*(6), 429–434.
Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
Thase, M. E., Buysse, D. J., Frank, E., Cherry, C. R., Cornes, C. L., Mallinger, A. G., et al. (1997). Which depressed patients will respond to interpersonal psychotherapy?: The role of abnormal EEG profiles. *American Journal of Psychiatry, 154*, 502–509.
Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.
Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2007). *Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
Wilfley, D. E. (2008). *Interpersonal psychotherapy for binge eating disorder (BED) therapist's manual*. Unpublished manuscript.
Wilson, G. T., Wilfely, D. E., Agras, W. S., & Bryson, S. W. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry, 67*, 94–101.
World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: Author.

En años recientes se ha generado un fuerte apoyo empírico para la aproximación de la activación conductual (BA) para el tratamiento de la depresión, cuyos resultados han sido tan buenos o mejores que los obtenidos con la terapia cognitiva y los medicamentos antidepresivos, incluso en los casos más graves de depresión. Aunque a primera vista parece contraintuitivo, este tratamiento no se concentra en la noción de "simplemente hazlo", sino que analiza en forma exhaustiva las relaciones contingentes en la vida del paciente en todo el rango de conducta, cognición y afecto que pueden estar manteniendo la depresión. Como tal, este enfoque idiográfico no prescribe un número establecido de sesiones para alcanzar ciertas metas, sino que se adapta a las necesidades del individuo con depresión. En la descripción detallada y muy humana del tratamiento de "Mark", los lectores advertirán también un enfoque muy actualizado del papel que juega la rumiación en la depresión (o la preocupación en la ansiedad) básicamente como una técnica de evitación. La ilustración de las estrategias terapéuticas creativas para activar a los pacientes, aunada a la naturaleza adaptable y flexible de la activación conductual, serán de interés para todos los terapeutas que tratan este padecimiento, ya que pudiera ser uno de los tratamientos basados en la evidencia para la depresión más sencillos de aprender y de divulgar. -D. H. B.

La activación conductual (BA) es una aproximación psicosocial breve y estructurada que tiene el propósito de aliviar la depresión y prevenir las recaídas futuras enfocándose directamente en el cambio conductual. El enfoque se basa en la premisa de que los problemas que surgen en la vida de individuos vulnerables, y sus respuestas conductuales a dichos problemas, disminuyen su capacidad para obtener reforzadores positivos de su ambiente. El tratamiento pretende incrementar la activación sistemáticamente, de forma tal que ayude a los clientes a tener mayor contacto con las fuentes de recompensa y a resolver los problemas que se les presenten. Los procedimientos del tratamiento se enfocan directamente en la activación y en los procesos que la inhiben, como las

conductas de evitación y escape y el pensamiento rumiante, para incrementar las experiencias que son placenteras o productivas y mejorar el contexto de vida. Se cree que la activación conductual es un tratamiento importante para la depresión por dos razones principales. Primero, su eficacia se sustenta en evidencia empírica reciente; segundo, se fundamenta en principios básicos de fácil comprensión y utiliza un pequeño conjunto de procedimientos que son claros.

Conceptos básicos

Prácticamente, la premisa central de todos los modelos conductuales es la suposición de que la depresión se asocia con relaciones particulares entre conducta y ambiente que evolucionan a lo largo del tiempo en la vida de una persona.

En esos modelos **conducta** es un constructo muy amplio que lo incluye todo, desde dar un paseo hasta llorar la muerte de un ser querido. Las conductas pueden delimitarse bastante bien (p. ej., acostarse en el sofá a ver televisión después de la cena) o pueden ser parte de un repertorio más general (p. ej., evitar la reivindicación de las propias necesidades y deseos en interacciones conflictivas).

Ambiente es también un constructo amplio que se concibe mejor como los escenarios en que suelen ocurrir las conductas y como los escenarios en que las conductas evolucionaron al paso del tiempo. La naturaleza temporal de los ambientes es crucial para entender las aproximaciones conductuales a la depresión. Es común que las conductas que no parecen tener una función en el ambiente actual de una persona hayan cumplido una función muy importante en el pasado. Por consiguiente, cuando los profesionales se preguntan a qué se debe que una persona se involucre en ciertas acciones, como permanecer en un trabajo que no lo satisface, suele ser necesario considerar cómo evolucionaron con el tiempo esos repertorios particulares (p. ej., la evitación de pérdidas potenciales).

Por último, todos los modelos conductuales de la depresión enfatizan la importancia de las relaciones contingentes entre las conductas y los ambientes en que ocurren. Las relaciones contingentes son relaciones del tipo **si-entonces** entre actividades humanas y sus consecuencias ambientales (que suelen ser interpersonales). Por ejemplo, es probable que los profesionales que trabajan dentro del marco conductual se interesen menos en el **hecho** de que un cliente deprimido cada mañana se queda en cama, preocupándose, por ejemplo, por el futuro de un matrimonio lleno de problemas que por las consecuencias de dicha conducta. ¿Cuál es el resultado? ¿Eso aumenta o disminuye la depresión del cliente? Al permanecer en cama ¿el cliente evita algo aversivo como confrontar al cónyuge por un problema en el matrimonio o ir al trabajo y enfrentar una pila de tareas inconclusas? Comprender las relaciones contingentes es una característica central de los modelos conductuales de la depresión y una habilidad requerida en los terapeutas de la activación conductual.

Raíces conductuales de la activación conductual

Esos conceptos conductuales generales fueron desarrollados y elaborados en marcos conceptuales y tratamientos específicos para la depresión por Ferster (1973, 1981) y Lewinsohn y colaboradores (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn, Antonuccio, Steinmetz-Breckenridge y Teri, 1984; Lewinsohn, Biglan y Zeiss, 1976). La suposición principal de Ferster fue que la depresión es resultado de una historia de aprendizaje en que las

acciones del individuo no obtienen reforzadores positivos del ambiente o en que las acciones son reforzadas porque permiten que el individuo escape de una condición aversiva. Con el tiempo, la conducta que por lo general produciría consecuencias positivas deja de hacerlo. Por ejemplo, por muchas razones diferentes, los esfuerzos de una persona para establecer relaciones cercanas con otros pueden llegar a desaparecer porque no reciben reforzadores positivos (p. ej., esfuerzos recíprocos por parte de los demás).

Ferster (1973, 1983) razonó que esta disminución en el reforzamiento positivo contingente a la respuesta produce dos consecuencias adicionales que facilitan la depresión. Primero, cuando la gente no obtiene reforzadores positivos por sus esfuerzos suele concentrarse en responder más a sus estados internos que a fuentes potenciales de reforzamiento positivo en el ambiente externo. Esta es la clásica "introspección" que suele observarse en la depresión y que tiene sentido desde una perspectiva conductual: si los individuos aprenden que su conducta es un predictor poco confiable de las consecuencias en su ambiente, es natural que dediquen menos tiempo a atender las contingencias en ese ambiente.

La segunda consecuencia de la disminución en la tasa de reforzamiento positivo observada por Ferster (1973, 1981) fue la disminución del repertorio de conductas adaptadas del individuo. Esto también tiene sentido porque cada vez son menos las conductas mantenidas por reforzamiento positivo. Los individuos pueden adoptar repertorios extremadamente pasivos (p. ej., "no hacer nada") porque sus intentos activos de involucrarse en la vida no son recompensados.

Finalmente, Ferster (1973, 1981) observó que el incremento en las consecuencias aversivas que siguen a la conducta, por lo general, llevan a los individuos deprimidos a preocuparse por el escape y la evitación. En efecto, se dedica más energía a tratar de evitar o escapar de las consecuencias aversivas que a tratar de obtener reforzadores positivos potenciales en el ambiente.

El modelo conductual de la depresión propuesto por Lewinsohn (1974) es compatible con muchas de las ideas planteadas en el análisis conductual de la depresión de Ferster (1973). Lewinsohn y colaboradores también hicieron hincapié en la importancia del reforzamiento contingente a la respuesta y conceptualizaron que su tasa era influenciada por tres factores: el número de eventos potencialmente reforzantes para un individuo, la disponibilidad de reforzamiento en el ambiente y la conducta instrumental del individuo, requerida para obtener el reforzamiento. Lewinsohn también identificó la evitación social como una parte central de su modelo.

Cabe destacar que Lewinsohn, Sullivan y Grosscup (1980) desarrollaron el primer tratamiento independiente de orientación conductual para la depresión. Más tarde, Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985) propusieron un modelo integrado que pretendía explicar la naturaleza interactiva y compleja de la depresión, incluyendo factores disposicionales como la cognición, con factores ambientales. Este modelo no hacía demasiado énfasis ni daba prioridad a factores cognitivos o a factores ambientales en la etiología y mantenimiento de la depresión; pretendía explicar la complejidad del

padecimiento. La investigación iniciada en el laboratorio de Lewinsohn fue continuada en el trabajo de antiguos alumnos y colegas en escenarios y poblaciones diversas (Dimidjian, Barrera, Martell, Muñoz y Lewinsohn, 2011).

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) también fueron pioneros en el trabajo inicial de la activación conductual. Beck y colaboradores incorporaron algunas estrategias de la activación conductual como componentes centrales de la terapia cognitiva (CT) para la depresión, con lo cual contribuyeron a la formalización y divulgación de algunas de las principales estrategias de la activación conductual, enfatizando la importancia de la cognición en la etiología y tratamiento de la depresión.

Activación conductual contemporánea

Los trabajos de Ferster, Lewinsohn y Beck influyeron en forma importante en el desarrollo de la activación conductual contemporánea. Contribuyeron de manera directa en la investigación inicial y el desarrollo clínico de la activación conductual de Jacobson y colaboradores (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001; Martell, Addis y Jacobson, 2001; Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010). Su trabajo estableció también el contexto para otros investigadores, como el equipo de Lejuez, Hopko, LePage, Hopko y McNeil (2001; Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters y Pagoto, 2011), quienes articularon una aproximación a la activación conductual cuyo objetivo, teórico y clínico, converge en el cambio conductual. Esta aproximación, el tratamiento por activación conductual de la depresión, ha sido apoyada en múltiples estudios realizados por su grupo (p. ej., Hopko, Lejuez, LePage, Hopko y McNeil, 2003).

En relación con el modelo conceptual de la depresión, la conceptualización actual se apoya firmemente en la importancia que los trabajos de Ferster (1973, 1981) y de Lewinsohn (1974) atribuyen al contexto y actividad para entender la depresión. Aunque se reconoce la posible relación causal de la genética, biología y otros factores distales con la depresión, las teorías conductuales actuales se enfocan en los aspectos del contexto de la vida de una persona que pueden haber desencadenado la depresión, y en las respuestas particulares a dicho contexto que pueden estar manteniendo el problema. Específicamente, el modelo asume que las personas se deprimen, entre otras razones, porque los cambios en el contexto de sus vidas les ofrecen bajos niveles de reforzamiento positivo y altos niveles de control aversivo. Las vidas que son "menos gratificantes" pueden dar lugar a sentimientos de tristeza y estado de ánimo depresivo. Cuando las personas se deprimen, suelen alejarse del mundo y sus rutinas básicas se alteran con facilidad. Ambos procesos pueden aumentar el estado de ánimo depresivo y dificultar la solución eficaz de los problemas en la vida de la persona. En efecto, esos procesos se consideran **conductas problema secundarias** porque con frecuencia impiden que la gente: (1) se conecte con aspectos de su vida que pueden mejorar el estado de ánimo y (2) resuelva problemas, lo que puede disminuir el estrés y mejorar el contexto de su vida.

La aproximación de la activación conductual a la terapia aborda esos dos factores que pueden estar contribuyendo a la depresión: los aspectos de la vida que necesitan ser cambiados para disminuir la depresión y las formas en que el alejamiento del mundo

puede mantener o incrementar la depresión. La activación conductual logra esos propósitos por medio de una **activación guiada,** que consiste en el uso de una serie de estrategias de cambio conductual que terapeuta y cliente desarrollan en conjunto a partir del examen cuidadoso de las actividades que son reforzantes positivamente para un determinado cliente y por ende pueden contribuir a interrumpir las relaciones que mantienen la depresión. El punto de la activación conductual no es involucrarse en una mayor activación al azar o en actividades que "en general" se consideran placenteras o que mejoran el estado de ánimo (p. ej., ver una película); más bien, las estrategias de activación son altamente individualizadas y **adaptadas a la medida**. El papel del terapeuta en la activación conductual es actuar como un **entrenador** mientras el cliente lleva a cabo las estrategias de activación, ofrecer ayuda experta en el establecimiento de metas alcanzables, descomponer las tareas difíciles en unidades manejables, solucionar los problemas que surjan, y mantener la motivación durante el proceso de cambio.

CONTEXTO EMPÍRICO

El primer estudio que revivió el interés en un enfoque puramente conductual para tratar la depresión fue realizado por Jacobson y colaboradores (1996), quienes plantearon una pregunta sencilla aunque provocativa: ¿El componente conductual de la terapia cognitiva podría explicar la eficacia que ésta ha demostrado en ensayos clínicos anteriores? Adultos con depresión mayor fueron asignados al azar a una de tres condiciones de tratamiento: una que sólo incluía activación conductual, otra con activación conductual mas intervenciones diseñadas para modificar los pensamientos automáticos, y una tercera con el paquete completo de la terapia cognitiva.

Los resultados sugerían que la activación conductual era comparable al paquete completo de la terapia cognitiva tanto en la eficacia aguda (Jacobson *et al*., 1996) como en la prevención de recaídas luego de un periodo de seguimiento de dos años (Gortner, Gollan, Dobson y Jacobson, 1998).

A partir de esos hallazgos, la activación conductual se desarrolló en una intervención conductual plenamente articulada que incluía los aspectos conductuales de la terapia cognitiva e incorporaba el trabajo conductual iniciado por Ferster (1973, 1981) y por Lewinsohn (1974) que se describió antes. Este modelo ampliado de la activación conductual se presentó en artículos publicados (Jacobson *et al*., 2001; Martell *et al.,* 2001, 2010) y en manuales de autoayuda dirigidos a los pacientes (Addis y Martell, 2004). La activación conductual fue probada además en un ensayo clínico aleatorizado controlado con placebo que comparó la eficacia aguda y a largo plazo de la terapia cognitiva y el uso de medicamentos antidepresivos (ADM). Doscientos cuarenta y un pacientes fueron asignados al azar a condiciones de activación conductual, terapia cognitiva, medicamentos antidepresivos o placebo, y se utilizó la severidad como variable de estratificación durante la aleatorización. Los hallazgos sugirieron que la activación conductual es un tratamiento sumamente prometedor para la depresión (Dimidjian *et al.,* 2006). El desempeño de los pacientes gravemente deprimidos fue comparable al estándar actual de atención, los medicamentos antidepresivos, y demostró mejor retención. Tanto la activación conductual como los medicamentos antidepresivos fueron superiores a la terapia cognitiva entre los pacientes con depresión más grave. Además, los resultados del seguimiento indican que la activación conductual parece tener efectos duraderos prometedores (Dobson *et al.,* 2008). Por último, la activación conductual puede demostrar una importante ventaja en cuanto a su rentabilidad en comparación con mantener a los pacientes con medicamentos.

Esos resultados fueron congruentes con los de otros estudios que sugieren que las intervenciones por activación son componentes particularmente importantes de los tratamientos cognitivo-conductuales. En un estudio clásico, Zeiss, Lewinsohn y Muñoz (1979) reportaron resultados comparables para pacientes deprimidos que recibieron tratamiento enfocado en habilidades interpersonales, actividades placenteras o cambio cognitivo. Además, Scogin, Jamison y Gochneaur (1989) no encontraron diferencias en el resultado entre un tratamiento de biblioterapia cognitiva y uno de biblioterapia

conductual entre adultos mayores con depresión leve a moderada. La importancia de las estrategias conductuales también ha sido reportada en otros estudios en múltiples categorías diagnósticas (p. ej., Borkovec, Newman, Pincus y Lytle, 2002; Foa, Rothbaum y Furr, 2003; Gloaguen, Contraux, Cucherat y Blackburn, 1998). Otras investigaciones orientadas al proceso también enfatizan la importancia de los componentes de activación conductual de la terapia cognitiva (Bennet-Levy *et al.,* 2004) y sugieren la posibilidad de resultados negativos cuando los terapeutas se esfuerzan en cambiar los pensamientos de los clientes sobre las relaciones interpersonales, en lugar de cambiar las relaciones interpersonales reales (Hayes, Castonguay y Goldfried, 1996).

Además, la atención inicial de Ferster en la evitación también ha sido subrayada por los terapeutas conductuales contemporáneos. Específicamente, Linehan (1993) incorporó el uso de la **acción opuesta** para la tristeza como medio de enfocarse en la depresión en la terapia dialéctica conductual. Por su parte, Hayes y colaboradores (1996) enfatizaron el papel de la evitación experiencial en el desarrollo de una gran variedad de psicopatologías y en la concepción de la terapia de aceptación y compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Un estudio sobre un precursor temprano de la terapia de aceptación y compromiso encontró beneficios significativos del tratamiento para clientes deprimidos en comparación con la terapia cognitiva estándar (Zettle y Rains, 1989).

Algunos estudios preliminares sugieren también que la activación del paciente es un elemento importante del proceso de cambio. En un estudio de tratamiento con uso de fármacos en que una condición era aumentada con intervenciones de activación conductual, el incremento en las recompensas ambientales obtenidas desde el lapso previo hasta el periodo posterior al tratamiento se asoció con la disminución en los síntomas depresivos y de ansiedad para dichos pacientes, pero no para los que sólo recibían el tratamiento con el fármaco (Daughters *et al.,* 2008). En un estudio de la terapia cognitivo-conductual (CBT) para la depresión, incrementos en la activación respecto a la línea base predijeron mejoría en la depresión en el postratamiento (Christopher, Jacob, Neuhaus, Neary y Fiola, 2009).

El entusiasmo reciente por la activación conductual es alimentado en gran parte por la divulgación de una intervención sencilla y parsimoniosa como dicha activación. La aplicación de dicho tratamiento en escenarios novedosos y con poblaciones diversas ha sido tema de atención de mucha investigación reciente (más adelante encontrará una revisión detallada de variables de escenarios y clientes). La tecnología juega un papel cada vez más importante en la expansión de la activación conductual. La teleterapia por teléfono y por medio de la tecnología de videoconferencia ha demostrado eficacia para tratar la depresión en adolescentes y ancianos (Lazzari, Egan y Rees, 2011; Quijano *et al*., 2007), así como en adaptaciones computarizadas de la activación conductual a través de Internet (Spates, Kalata, Ozeki, Stanton y Peters, 2012; Spek *et al.,* 2007, 2008; Van Voorhess *et al.,* 2009; Warmerdam, Van Straten, Twisk, Riper y Cuijpers, 2008). Finalmente, el uso de la tecnología también ha permitido el mejoramiento de nuevos métodos de entrenamiento. A partir de datos pilotos de un programa preliminar de entrenamiento computarizado en la activación conductual (Hubley, Woodcock, Dimeff y

Dimidjian, en prensa), el grupo está probando el uso de un programa completamente desarrollado de terapia asistida por computadora para entrenar a terapeutas en la activación conductual.

En resumen, la investigación sobre la activación conductual ofrece un sólido cimiento para su aplicación clínica en pacientes deprimidos y para su extensión a nuevas poblaciones (Dimidjian *et al.,* 2011). Esas conclusiones son congruentes con otros metaanálisis que incorporan datos de ensayos clínicos de más de 30 estudios (Cuijpers, van Straten y Warmerdam. 2007; Ekers, Richards y Gilbody, 2007; Mazzucchelli, Kane y Rees, 2009), y con importantes directrices de tratamiento (p. ej., del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica, 2009).

EVALUACIÓN DE DOMINIOS DIAGNÓSTICOS, CLÍNICOS Y FUNCIONALES

La aplicación de la activación conductual se fundamenta en una exhaustiva evaluación diagnóstica, clínica y funcional. Algunas de esas actividades de evaluación se completan de manera previa al inicio de la terapia mientras que otros se llevan a cabo durante la misma.

En la investigación sobre el resultado del tratamiento se utilizó una serie de instrumentos de entrevista diagnóstica estructurada para evaluar los diagnósticos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), entre estos instrumentos se encuentran la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997), y la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje II del DSM-IV (SCID-II; First, Spitzer, Gibbons, Williams y Benjamin, 1996). También se emplearon instrumentos para medir la gravedad de la depresión, como la Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton aplicada por el clínico (HDRS; Hamilton, 1960), el Inventario de Depresión de Beck-II como autorreporte del cliente (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), y la Escala de Depresión y Cuestionario de Salud del Paciente de nueve reactivos (PHQ-9; Kroenke, Spitzer y Williams, 2001).

En la práctica clínica habitual se recomienda realizar una entrevista diagnóstica de línea base (aunque puede realizarse en un formato menos estructurado que el de la entrevista con base en la investigación) y se considera importante el uso continuo de un instrumento para evaluar la gravedad de la depresión. Por lo general, el instrumento de más fácil aplicación es un instrumento de autorreporte (p. ej., el Inventario de Depresión de Beck-II; Beck *et al.,* 1996). Además, varios instrumentos de autorreporte pueden ser útiles para evaluar el nivel de actividad del paciente y la recompensa disponible en su ambiente. Varios estudios han utilizado la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS; Kanter, Mulick, Busch, Berlin y Martell, 2007; Kanter, Rusch, Busch y Sedivy, 2009), un instrumento de 29 reactivos que mide cambios ocurridos durante la activación conductual en los niveles de activación y de evitación (p. ej., Weinstock, Munroe y Miller, 2011). La Escala de Activación Conductual para la Depresión ha sido validada en español europeo (Barraca, Pérez-Álvarez Lozano Bleda, 2011), persa (Mohammadi y Amiri, 2010), y holandés (Raes, Hoes, Van Gucht y Kanter, 2010). Recientemente se desarrolló una forma breve de la Escala de Activación Conductual para la Depresión (con nueve reactivos); en comparación con el instrumento original esta versión abreviada demostró en el estudio de validación mejores propiedades psicométricas, buena consistencia interna y validez predictiva (Manos, Kanter y Luo, 2011).

Por otro lado, se han desarrollado cuestionarios de autorreporte para medir el constructo de reforzamiento positivo contingente a la respuesta, entre los que se encuentran la Escala de Observación de Recompensa Ambiental (EROS; Armento y Hopko, 2007) y el Índice de Probabilidad de Recompensa (RPI; Carvalho *et al.,* 2010). Ambos instrumentos son breves y estudios psicométricos iniciales indican que sus

propiedades psicométricas son prometedoras. Los clínicos que desean agregar una medida nomotética de actividades placenteras a la evaluación conductual idiográfica (descrita con mayor detalle más adelante), pueden usar el Programa de Eventos Placenteros (Lewinsohn y Graf, 1973). Esos instrumentos son herramientas clínicas de utilidad que pueden aplicarse periódicamente durante el tratamiento para evaluar las modificaciones en actividad y recompensa. En el trabajo de Manos, Kanter y Bursch (2010) encontrará una revisión completa de los instrumentos disponibles y los problemas relacionados con la medición del modelo de activación conductual.

Dada la importancia crucial de la capacidad funcional en el tratamiento por activación conductual, es importante recabar información detallada acerca del impacto que tiene la depresión del cliente en su estatus funcional en múltiples áreas de la vida, como el campo laboral, familiar, actividad social y así sucesivamente. Esas áreas pueden evaluarse mediante entrevistas clínicas o instrumentos de evaluación estandarizada (p. ej., la Escala de Ajuste Social [Weissman y Bothwell, 1976], y la Forma Breve de 36 reactivos de la Encuesta de Salud sobre Resultados Médicos [Ware y Sherbourne, 1992]).

CURSO DEL TRATAMIENTO

A diferencia de los tratamientos dirigidos por protocolos, la activación conductual es dirigida por la teoría y, como tal, su aplicación es altamente idiográfica. Aunque no se requiere que el tratamiento siga un formato sesión a sesión, éste sigue un curso general a lo largo del tiempo que incluye las siguientes actividades, que se describen con mayor detalle a continuación:

- Orientación al tratamiento.
- Desarrollo de las metas del tratamiento.
- Individualización de la activación y de los objetivos de participación.
- Aplicación repetida de estrategias de activación, motivación y solución de problemas de activación.
- Revisión y consolidación de las ganancias del tratamiento.

Orientación al tratamiento

La activación conductual empieza brindando orientación al cliente respecto con el tratamiento, un proceso que suele ser el tema de atención en las dos primeras sesiones. Las tareas más importantes por cumplir en esta fase inicial del tratamiento incluyen la discusión del modelo de depresión y las principales estrategias de la activación conductual, e informar sobre la estructura del tratamiento y sobre los roles y responsabilidades del cliente y el terapeuta.

La presentación del modelo de tratamiento incluye describir la aproximación conductual a la depresión y el proceso de cambio durante el tratamiento, revisar las coincidencias específicas del modelo con las experiencias del cliente, y alentar y responder a preguntas y preocupaciones relacionadas con el modelo. El modelo se presenta verbalmente en la primera sesión y en una breve descripción escrita que se entrega al cliente al final de la misma. Cabe mencionar que para muchos clientes resulta útil contar con la ilustración presentada en la figura 9-1 durante la exposición del modelo. En el estudio de caso que se presenta más adelante se incluye una transcripción detallada de la presentación del tratamiento y en la tabla 9-1 se resumen los puntos clave que deben ser abordados.

Tabla 9-1. Diez puntos clave que deben tocarse durante la presentación del modelo de tratamiento

1. La activación conductual se basa en la idea de que los sucesos en su vida y la manera en que responde a ellos influyen en cómo se siente.
2. La activación conductual asume que una razón por la que se deprime la gente es que su vida les brinda muy pocas satisfacciones y demasiados problemas. En ocasiones es fácil identificar los estresores o problemas; otras veces eso no es posible pero la recompensa del ambiente sigue siendo inadecuada.
3. Cuando el contexto de nuestra vida es difícil, es común experimentar sentimientos de tristeza, depresión, desánimo, ansiedad, fatiga, agotamiento, y así sucesivamente.

4. Cuando uno se siente así, también es común realizar (o no realizar) acciones particulares. La gente suele alejarse del mundo que la rodea y las rutinas básicas de su vida se ven alteradas.

5. Es normal y comprensible que uno se aleje del mundo cuando se siente deprimido. El problema es que eso puede dar lugar a espirales descendentes en cómo se siente (p. ej., entre menos haga, peor se siente y entre peor se sienta, menos hace).

6. Actuar (o no actuar) de esas maneras contribuye a mantener la depresión porque dificulta la solución eficaz de los problemas; esto inicia otra espiral descendente en la que lo que hace o deja de hacer endurece aun más el contexto de su vida o le impide mejorarlo.

7. En este tratamiento vamos a trabajar juntos para enfocarnos en cosas específicas que puede hacer para cambiar esas espirales descendentes y para ayudarlo a volverse más activo y comprometido en su vida.

8. La activación conductual no se trata de "solo hacerlo". Si sentirse mejor fuera así de sencillo, ya lo habría hecho. Podemos trabajar juntos para identificar las actividades que serían más útiles y los pasos más pequeños y manejables que puede dar para iniciar. Puede considerarme como un entrenador o asesor en el proceso de cambio.

9. En cada sesión desarrollaremos pasos prácticos y realizables que le permitan participar en actividades que mejoren su estado de ánimo y resolver problemas específicos. Entre sesiones, usted trabajará en tareas que vamos a elaborar juntos; esas tareas son parte esencial de la terapia y se enfocarán en la reconexión o construcción de partes de su vida que incrementen los sentimientos de placer o logro y que lo acerquen a metas importantes de su vida.

10. La activación y la participación específicas pueden ayudarlo a obtener más recompensas y a resolver de forma efectiva algunos problemas de su vida. Es probable que cuando esté activo, comprometido y resolviendo problemas en forma eficaz avance hacia metas importantes y se sienta mejor.

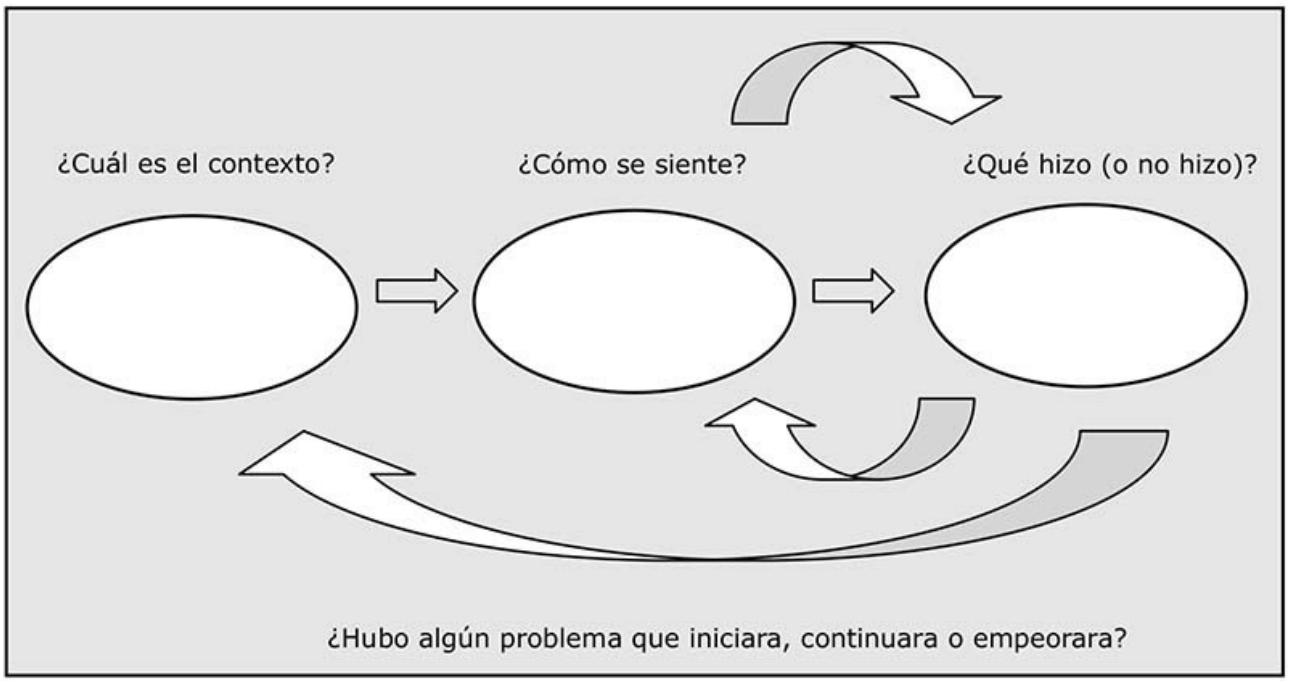


Figura 9-1. Modelo de tratamiento de la activación conductual.

En la segunda sesión, terapeuta y cliente discuten de nuevo el modelo del tratamiento y las reacciones del cliente, incluyendo las preguntas que hayan surgido después de la primera sesión. Es esencial que el terapeuta obtenga el acuerdo del cliente con los elementos básicos del tratamiento. La terapia funciona mejor si el cliente acepta y está convencido de la lógica del tratamiento y la conceptualización del caso (Addis y Carpenter, 2000). Es recomendable que el terapeuta no intente avanzar demasiado rápido si el cliente no expresa su acuerdo con los principios básicos del modelo; por lo que es esencial que en las sesiones iniciales el terapeuta anime al cliente a hacer preguntas y obtenga información sobre sus dudas y preocupaciones potenciales.

Por ejemplo, para algunos clientes resulta difícil aceptar la idea de que cambiar directamente la conducta es una forma eficaz de tratar la depresión. Es común que los clientes estén firmemente comprometidos con una explicación biológica de su depresión. No es recomendable que los terapeutas debatan esta posición; más bien pueden explicar que existen muchas fuentes de vulnerabilidad para la depresión y que una de las formas efectivas para aliviar la depresión consiste en cambiar lo que uno hace. En ocasiones, los clientes consideran que el énfasis en el cambio conductual significa que todo lo que necesitan hacer para que su depresión remita es ejercitarse más, ver más películas, dar más paseos. Si los clientes entienden de esta forma la activación conductual no sorprende que sientan que el tratamiento invalida su grado de angustia y las dificultades que enfrentan para superar la depresión. Se ha encontrado que es útil hablar con los clientes sobre dos puntos. Primero, la conducta tiene un efecto poderoso en el estado de ánimo y la gente suele no estar al tanto de esta relación, sobre todo cuando está deprimida. Por ejemplo, un cambio sutil en la forma en que uno interactúa con los miembros de la familia quizá no libere a la persona de la depresión, pero puede disminuir la gravedad del estado de ánimo depresivo, estableciendo así las condiciones para otros cambios que, en conjunto, ayudarán a revertir la depresión. El segundo punto es que el cambio conductual no es sencillo; si lo fuera todos nos comportaríamos todo el tiempo exactamente como pensamos que debemos hacerlo (¡y nos consta que no es el caso!). Cambiar la conducta requiere saber qué cambiar, y para eso es necesario que en la terapia se realice un "trabajo detectivesco" serio y sostenido. Una vez más, el terapeuta puede enfatizar su papel como entrenador para ayudar al cliente a identificar lo que debe cambiar y la manera de hacerlo.

Además de presentar y discutir el modelo de tratamiento es importante revisar minuciosamente su estructura y los roles del terapeuta y el cliente. Es necesario hacer hincapié en tres elementos clave: la práctica entre sesiones, la colaboración y la estructura de las sesiones.

1. Al inicio del tratamiento es importante destacar la naturaleza de la activación conductual y plantear la importancia de la práctica entre sesiones. El terapeuta

establece el tono y las expectativas de la terapia al recalcar que la activación conductual es un tratamiento muy orientado a la acción y enfocado en el problema en que la mayor parte del "trabajo" se realiza entre sesiones cuando el cliente lleva a cabo los planes que elaboró durante la sesión en conjunto con el terapeuta. En las sesiones siguientes se examina lo que el cliente aprendió, se destacan las consecuencias relevantes de las actividades, y se identifican las barreras y la solución de problemas para maximizar la probabilidad de éxito en intentos futuros. La asignación de tareas empieza en la primera sesión, cuando el terapeuta pide al cliente que lea el breve folleto en que se exponen las ideas principales del enfoque de activación conductual (revise el trabajo de Martell *et al.,* 2001).

2. También es importante enfatizar que la activación conductual es una aproximación colaborativa a la terapia en que terapeuta y cliente trabajan juntos para cumplir las metas del cliente.

3. Es conveniente orientar a los clientes sobre la naturaleza estructurada de cada sesión de tratamiento. Aunque los temas específicos de atención varían entre clientes y a lo largo del tiempo, cada sesión sigue un esquema general muy similar. Específicamente, igual que en la terapia cognitiva para la depresión (Beck *et al.,* 1979), al inicio de cada sesión terapeuta y cliente colaboran en el establecimiento de una agenda. El propósito de la agenda es organizar el tiempo de manera eficaz y garantizar que durante las sesiones se aborden los temas más importantes para el cliente y aumentar al máximo la probabilidad de que éste alcance sus metas. Como la meta del tratamiento es la activación, entre más control se dé al cliente para establecer la agenda, mejor. Además, dado el papel integral de las tareas en la activación conductual, la mayor parte de cada sesión se dedica a revisar la tarea de la sesión anterior y a asignar la tarea para la siguiente. El final de cada sesión incluye pedir al cliente que reitere el "mensaje de la sesión para llevar a casa", verificar que haya comprendido con claridad la tarea asignada y revisar la hora para la siguiente sesión programada y cómo puede localizar al terapeuta, en caso de ser necesario, en el intermedio.

Al ocuparse de cada una de esas tareas específicas, el terapeuta establece su credibilidad como experto que puede ayudar al cliente y transmite una sensación de esperanza. Al establecer al inicio del tratamiento una base firme de colaboración, cliente y terapeuta pueden empezar a trabajar juntos para alcanzar las metas del cliente.

Desarrollo de las metas del tratamiento

La meta principal de la activación conductual es ayudar a los clientes a modificar su conducta a fin de incrementar el contacto con fuentes de reforzamiento positivo en sus vidas. Por lo general, este proceso implica abordar primero los patrones básicos de evitación y las áreas de alteración de la rutina, y, segundo, abordar las metas a corto y largo plazo. En la activación conductual el terapeuta dedica buena parte del tiempo a ayudar a los clientes a tener más consciencia de sus repertorios de escape y evitación y a practicar respuestas activas de afrontamiento, lo que también suele implicar la

modificación de las rutinas básicas (p. ej., de sueño, alimentación y contacto social). Esto permite establecer metas a corto plazo que especifiquen logros concretos que ayuden a los clientes a cambiar su situación de vida en una dirección menos deprimente. Es común que los terapeutas no estén seguros de cómo secuenciar los objetivos del tratamiento; por lo general, al principio es más conveniente concentrarse en el cambio conductual que tenga la mayor probabilidad de éxito, lo que puede basarse en la facilidad para conseguirlo o el nivel de importancia para los valores y prioridades del cliente. Algunos ejemplos comunes incluyen limpiar la casa, pasar tiempo con amigos y familiares, progresar en gran cantidad de papeleo que el cliente ha postergado, hacer ejercicio con más frecuencia, entre otros. A menudo es posible programar y estructurar las conductas necesarias para progresar en las metas a corto plazo de forma tal que sustituyan a las respuestas inadaptadas de evitación o retraimiento. El terapeuta trabaja con el cliente para progresar en las metas de corto plazo **independientemente de cómo se sienta éste.** En otras palabras, una de las metas principales del terapeuta es ayudar al cliente a cambiar el patrón de permitir que su conducta sea regida por su estado de ánimo. El objetivo es progresar en las metas sin importar cómo se sienta uno en determinado momento, bajo la suposición de que el progreso en las metas de la vida es en sí antidepresivo. Esto es un punto crucial porque los clientes suelen juzgar el éxito de un determinado cambio conductual con base en cómo los hace sentir en el momento. Por consiguiente, es importante que el terapeuta se mantenga al tanto de las consecuencias de diferentes conductas específicamente en lo que respecta a si ayudan al cliente a avanzar o alcanzar las metas del tratamiento.

Una vez que se han abordado las metas de corto plazo relacionadas con la evitación, retraimiento y alteración de rutinas, se ayuda a los clientes a abordar circunstancias mayores de su vida que pueden estar relacionadas con la depresión. Las metas mayores son aquellos cambios cuyo cumplimiento se lleva tiempo pero que tienen el potencial para modificar de manera sustancial la situación de vida de una persona. Algunos ejemplos comunes incluyen encontrar un nuevo trabajo, terminar una relación angustiante, empezar una nueva relación o mudarse a una nueva ciudad. La activación conductual es útil para enseñar y alentar a los clientes a seguir avanzando hacia esas metas, aunque se requiera tiempo para alcanzarlas. En esencia, en la activación conductual los clientes aprenden estrategias básicas de cambio que pueden usarse para alcanzar metas de corto y largo plazo.

Individualizar los objetivos de activación y participación

No hay dos personas iguales y ninguna persona es exactamente la misma de una situación a otra. En el contexto del tratamiento de la depresión, esto significa que las estrategias particulares de activación que funcionan para una persona quizá no lo hagan en otra, y que pueden funcionar para la misma persona en algunas ocasiones, pero no siempre.

Que las transacciones entre actividad y ambiente modifiquen el estado de ánimo de alguien en dirección positiva o negativa es una cuestión empírica cuya respuesta requiere

de atención y evaluación cuidadosas. Buena parte de la habilidad para conducir la activación conductual de manera competente estriba justamente en este tipo de examen cuidadoso. En la activación conductual se conoce a este proceso como **análisis funcional,** clave para individualizar los objetivos de la activación y el corazón del tratamiento. El análisis funcional implica identificar las variables que mantienen la depresión y que son más susceptibles al cambio para cada cliente. Esta comprensión establece la base para conceptualizar el caso y guía la aplicación idiográfica de las estrategias específicas de activación. En general, el terapeuta debe lograr que el cliente participe en el examen detallado de los siguientes puntos:

• ¿Qué está manteniendo la depresión?
• ¿Qué se interpone en el camino de involucrarse y disfrutar la vida?
• ¿Qué conductas son buenos candidatos para maximizar el cambio?

Aunque el proceso suena sencillo, en la práctica puede ser complicado toda vez que por lo general no se está al tanto de las contingencias que controlan la conducta. Dada esta realidad, al inicio del tratamiento se habló explícitamente sobre la meta (¡y el desafío!) de identificar esas relaciones.

En la identificación de las contingencias que controlan la conducta existen dos pasos centrales. Primero, cliente y terapeuta deben definir con claridad y de forma específica la conducta de interés, lo que implica especificar la frecuencia, duración, intensidad y escenario de la conducta. Las conductas de mayor interés son las que se relacionan más estrechamente con los cambios en el estado de ánimo. A los clientes que están familiarizados con el tratamiento antidepresivo se les explica que se desean identificar los ingredientes de un antidepresivo conductual que funcione para ellos. Para lograrlo, es necesario especificar las actividades que mantienen la depresión (p. ej., "actividades depresivas") y las que mejoran el estado de ánimo y el funcionamiento (p. ej., "actividades para levantar el ánimo"). Por ejemplo, en el caso de un cliente, su experiencia de depresión era mantenida y exacerbada por su dificultad para realizar las tareas domésticas básicas. En su caso fue importante especificar los problemas de (1) llenar y cerrar las bolsas de basura y dejarlas en la bodega en lugar de llevarlas al contenedor localizado detrás de la casa durante las seis semanas pasadas, y (2) recibir facturas por correo y dejarlas sin abrir en un archivero desde cuatro meses antes. El tratamiento con este cliente empezó con una serie de tareas graduadas para cumplir la meta de sacar la basura. Esto se identificó como una actividad con potencial de "levantarle el ánimo" (aunque ciertamente no era placentera), y se eligió tema inicial de atención porque cliente y terapeuta decidieron que podía cumplirse con mayor facilidad que el tema de las facturas, que para el cliente resultaba más abrumador.

Segundo, terapeuta y cliente pueden empezar a identificar los antecedentes y consecuencias de la conducta, con la meta de especificar las variables que provocan o refuerzan la depresión. En términos del modelo de la activación conductual, esto es similar a identificar las relaciones entre contexto y estado de ánimo, entre acción y estado

de ánimo y las espirales descendentes que mantienen la depresión a lo largo del tiempo. Entender los principios conductuales básicos suele ser de gran valor para identificar esas relaciones contingentes. ¿Qué significa eso en términos prácticos? En el caso de los clientes deprimidos es frecuente observar una serie de relaciones contingentes. Como se vio, las contingencias de reforzamiento negativo suelen ser generalizadas. **Reforzamiento negativo** significa que la probabilidad de que ocurra una conducta es incrementada por la remoción de algo en el ambiente, por lo regular una condición aversiva. Las contingencias de reforzamiento negativo pueden ser una parte muy adaptada de la conducta humana. Algunos ejemplos de la utilidad del reforzamiento negativo son ponerse un abrigo para evitar un resfrío, detenerse ante las señales de alto para evitar un accidente, y ser más amable de lo común con el padre después de chocar el carro para evitar el castigo. Sin embargo, cuando un individuo se deprime su repertorio conductual puede ser dominado por conductas de escape y de evitación que le permiten escapar temporalmente de sentimientos dolorosos o de situaciones interpersonales difíciles. Así, muchas conductas de evitación y escape pueden entenderse como respuestas secundarias de afrontamiento, es decir, esfuerzos por afrontar la experiencia depresiva que, por desgracia, la empeoran. Por ejemplo, una persona puede tratar de escapar de los sentimientos de desesperanza y fatiga tomando una larga siesta por la tarde. Como consecuencia, esto podría sacar temporalmente a la persona de un contexto aversivo, pero también puede impedirle dar los pasos necesarios para cambiar a un contexto general menos depresivo (hacer ejercicio, meter solicitudes de empleo, limpiar la casa, entre otras). Abusar de las drogas, dormir en exceso, mirar demasiada televisión y la inactividad general son ejemplos comunes de respuestas secundarias de afrontamiento que pueden ser mantenidas por el reforzamiento negativo.

Esos tipos de contingencias de reforzamiento negativo suelen ser un factor central que impide que la gente entre en contacto con ambientes potencialmente reforzantes que contribuyen a una vida más adaptada y comprometida. Se requiere una evaluación cuidadosa para identificar la presencia y forma de operación de contingencias específicas de reforzamiento negativo en la vida del cliente. Las contingencias de reforzamiento positivo, en que la probabilidad de una conducta aumenta porque se asocia de manera contingente con consecuencias positivas, también pueden ser problemáticas para los clientes. Por ejemplo, irse temprano a la cama puede recibir reforzamiento positivo de los miembros de la familia que ofrecen empatía y apoyo. Si bien algunas conductas (como comer en exceso o consumir drogas) pueden proporcionar reforzamiento positivo inmediato, también alejan a la persona de las metas de largo plazo, contribuyendo así a mantener la depresión.

¿Cómo se lleva a cabo el análisis funcional en la activación conductual? En este caso el terapeuta cuenta con dos apoyos principales: el modelo de la activación conductual y la supervisión de la actividad. Primero, el modelo de activación conductual que se empleó para orientar a los clientes al inicio del tratamiento puede usarse a lo largo del mismo para dirigir la evaluación de sucesos específicos que surjan en la vida del cliente, esto permite identificar relaciones clave entre la actividad y el estado de ánimo. Por ejemplo, si una

cliente empieza a hablar en la sesión de que se siente afligida por una interacción difícil con su hijo, el terapeuta puede sugerir el uso del modelo para entender los componentes de la interacción. Juntos pueden analizar y anotar qué fue concretamente lo que sucedió (p. ej., "Mi hijo dijo que iba a reprobar matemáticas"), cómo se sintió la cliente (p. ej., "Me sentí triste porque nuestra vida siempre ha sido difícil y porque temo que no pueda graduarse"), y lo que hizo (p. ej., "Dejé la cena, me fui a la habitación y pensé que estoy fallando como madre"). Esos componentes pueden relacionarse después para identificar la espiral descendente que mantiene el estado de ánimo negativo (p. ej., el aislamiento y la rumiación incrementan ansiedad y tristeza) y la espiral descendente que impide la solución efectiva de problemas (p. ej., "No hablé directamente con él, y se enojó, salió con sus amigos y no llegó a casa hasta después de la medianoche"). Este proceso de evaluación ayuda a identificar los objetivos de activación para esa situación difícil (p. ej., generar y practicar alternativas al abandono de la interacción y la rumiación; identificar y dar los pasos para resolver el problema del mal desempeño de su hijo en matemáticas). La aplicación repetida del modelo en las sesiones y como tarea entre las mismas también ayudará a terapeuta y cliente a identificar los patrones de acción inadaptada en lugares y momentos distintos. Por último, el uso del modelo enseña al cliente un método para guiar sus acciones mucho después de que la terapia haya finalizado.

Segundo, la supervisión de la actividad en el contexto de la vida cotidiana es el corazón del proceso de evaluación en la activación conductual. Gracias a la supervisión detallada y continua de la actividad que el cliente realiza entre sesiones, terapeuta y cliente pueden trabajar juntos para llegar a comprender las cuestiones mencionadas. Dado el papel de la supervisión de la actividad, es importante que al inicio del tratamiento el terapeuta prepare las condiciones que le permitan explicar con claridad la forma de hacerlo, definir en conjunto qué debe supervisarse y cuándo hacerlo. Además, los terapeutas deben revisar de forma cuidadosa y diestra la supervisión de las tareas para reforzar los esfuerzos del cliente para desarrollar la activación y asignación de tareas de participación.

Los terapeutas pueden elegir diferentes formatos para la supervisión de la actividad, cuya forma más básica incluye registrar la calificación de una actividad y un estado de ánimo cada hora de vigilia del cliente. Los terapeutas también pueden decidir que los clientes supervisen el dominio (sentido de logro) o placer (disfrute) asociado con actividades específicas. Por lo general, se recomienda a los clientes registrar información sobre las actividades, suficiente para identificar los vínculos entre lo que están haciendo y cómo se están sintiendo, pero no tanta que la tarea resulte excesivamente engorrosa. También es útil identificar los intervalos del día en que el cliente debe anotar las observaciones (p. ej., en la mañana, durante el almuerzo, la cena, antes de ir a la cama). Si para un cliente resulta demasiado agotador hacer registros cada hora, pueden usarse procedimientos de muestreo de tiempo. En dichos procedimientos cliente y terapeuta se ponen de acuerdo con una cantidad específica de horas en que se hará la supervisión de actividades durante la semana entre sesiones. Los procedimientos de muestreo de tiempo deben incluir diversas situaciones en que el cliente funcione durante la semana. En general, los terapeutas deben animar a los clientes a realizar las anotaciones a intervalos

regulares durante el día, y se les recomienda trabajar con los clientes en el desarrollo de planes de registro que aprovechen las señales y los ritmos naturales en sus vidas para facilitar esa tarea regular.

Los terapeutas pueden ofrecer a los clientes un Registro de Actividad semanal para la supervisión de las tareas (figura 9-2). Sin embargo, como suele enfatizarse en la activación conductual, la función de la conducta es más importante que su forma: por consiguiente, el cliente puede rehuir la supervisión en un Registro de Actividad pero sentirse cómodo usando calendarios personales, teléfonos inteligentes u otros métodos idiosincrásicos de registro. Es altamente recomendable adaptar la supervisión de las tareas a un formato que sea compatible con la rutina diaria del cliente. Por ejemplo, los clientes que pasan mucho tiempo en su carro pueden mantener sus registros arriba de la visera; para otros puede ser útil mantenerlos sujetos con cinta adhesiva en el refrigerador o el espejo del baño; para otros puede resultar útil llevarlos consigo en un bolsillo, bolsa, mochila o portafolio.

Activación conductual para la depresión

Instrucciones: registre su actividad en cada hora del día y registre un estado de ánimo asociado con cada actividad. Use la escala presentada a continuación con los criterios que usted y su terapeuta desarrollaron para dirigir su calificación del estado de ánimo. Cada día intente hacer las anotaciones en su Registro de Actividad al menos cada 3 a 4 horas.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
5–6							
6–7							
7–8							
8–9							
9–10							
10–11							
11–12							
12–1							
1–2							
2–3							
3–4							
4–5							
5–6							
6–7							
7–8							
8–9							
9–10							
10–11							
11–12							
12–1							
1–2							
2–3							
3–4							
4–5							

Calificaciones del estado de ánimo

0: Descripción con ejemplos de actividades asociadas: _____

_____

5: Descripción con ejemplos de actividades asociadas: _____

_____

10: Descripción con ejemplos de actividades asociadas: _____

_____

Figura 9-2. Registro de Actividad (por hora).

Cuando un cliente ha completado la supervisión de la actividad asignada es esencial que

el terapeuta la revise en detalle. Dejar de revisar los registros de supervisión de actividad significa perder oportunidades para reforzar la conducta del cliente y para desarrollar la conceptualización del caso. Buena parte de la activación conductual competente radica en la revisión diestra de un Registro de Actividad completado. ¿A qué presta atención el terapeuta competente cuando revisa los registros? En general, es conveniente que el terapeuta prepare con anticipación las preguntas para la conceptualización del caso cuando revise el registro completado de la actividad. El terapeuta revisa el Registro de Actividad para entender las actividades, las rutinas y el contexto de la vida del cliente, y para empezar a identificar los patrones que pueden estar manteniendo o exacerbando un estado de ánimo depresivo.

A continuación, se presentan las preguntas específicas que pueden usar los terapeutas para dirigir su revisión de los programas de actividad:

- ¿Qué estaría haciendo el cliente si no estuviera deprimido (trabajar, manejar las responsabilidades de la familia, ejercitarse, socializar, realizar actividades de esparcimiento, comer, dormir, entre otras)?
- ¿El cliente está participando en una gran variedad de actividades o las ha disminuido?
- ¿Cuál es la relación entre actividades específicas y estado de ánimo?
- ¿Cuál es la relación entre los contextos específicos de la vida y los problemas con el estado de ánimo?
- ¿Cómo están manteniendo o exacerbando la depresión la evitación y el retraimiento? ¿Qué está evitando el cliente o de qué se está alejando? ¿De qué maneras específicas?
- ¿Cuáles son las alteraciones de la rutina?
- ¿Dónde se ha perdido el contacto con los reforzadores?
- ¿Existen déficit en las habilidades y estrategias de afrontamiento?

Para responder esas preguntas es esencial enfocarse en las partes de la actividad y el contexto del cliente que cambian y las que se mantienen constantes a lo largo del tiempo. No es inusual que los clientes deprimidos informen que su estado de ánimo siempre es depresivo, sin importar lo que estén haciendo o dónde lo están haciendo. Pueden describir que se sienten "aburridos" todo el tiempo o que, quizá, su estado de ánimo cambia pero que esos cambios son menores o irrelevantes. Sin embargo, una premisa central de la activación conductual es que la variabilidad está en todas partes, aunque en ocasiones es difícil de detectar.

Además, la variabilidad no es aleatoria. **Las variaciones en la conducta y sus escenarios tienen un efecto directo sobre el estado de ánimo de la persona** y, como tal, ofrecen información crítica sobre las contingencias centrales. Cuando los clientes reportan que se sienten deprimidos "todo el tiempo" se debe a que su informe retrospectivo de su estado de ánimo es incorrecto, a que sus repertorios conductuales son extremadamente reducidos (p. ej., permanecer todo el día en cama), o que no han aprendido a discriminar diferencias sutiles en el estado de ánimo. Este último punto es fundamental. Una de las tareas principales de los terapeutas es ayudar a los clientes a

entender la estrecha relación de su estado de ánimo con lo que están haciendo, dónde lo están haciendo y con las consecuencias resultantes. El tratamiento de la depresión requiere hacer una serie de cambios estratégicos en cada uno de esos dominios, los cuales tienen fundamento en la comprensión de las relaciones contingentes básicas.

Aplicación repetida de estrategias de activación, motivación y solución de problemas de activación.

Dada la naturaleza idiográfica de la activación conductual, el curso del tratamiento puede parecer muy diferente para diversos clientes. A pesar de esta diversidad, más adelante se revisan algunos métodos conductuales sencillos que se usan con frecuencia.

Programación de la actividad y automonitoreo

El trabajo más importante de la terapia por activación conductual ocurre entre las sesiones de tratamiento. Es inusual que los clientes salgan de una sesión sin algunas actividades específicas con las cuales experimentar durante la semana. Por consiguiente, la programación de actividades y la supervisión del resultado son los métodos estándar empleados en el tratamiento. Al final de cada sesión, el cliente debe entender con claridad la actividad específica asignada y tener una estrategia precisa para llevarla a cabo durante la semana (incluyendo un plan para superar probables obstáculos a su realización).

La programación específica de la actividad es una herramienta útil para lograr que el cliente comprometa los momentos en que hará la tarea. Cuando la tarea se anota por escrito para realizarse en un día y horario particular de la semana, el cliente cuenta con un apoyo externo que lo motiva a hacer el cambio conductual (es decir, trabajar de "afuera hacia adentro" en lugar de hacerlo "de adentro hacia afuera"). También es frecuente utilizar la programación de la actividad en clientes con alteraciones importantes de la rutina. Los programas apoyan el esfuerzo por desarrollar y seguir rutinas regulares para comer, trabajar, dormir, ejercitarse y mantener el contacto social.

Dependiendo de la actividad, el cliente puede no programar específicamente la hora sino registrar su conclusión en una bitácora diaria.

Una parte clave de la programación frecuente de actividades implica prestar cuidadosa atención al manejo de contingencias. Como saben bien los psicólogos sociales, "Las correlaciones entre intención-conducta son modestas… la débil relación entre intención y conducta se debe en gran medida a que la gente tiene buenas intenciones pero no logra concretarlas" (Gollwitzeer, 1999, p. 493). Dada esta realidad, es esencial que los terapeutas de la activación conductual piensen cómo pueden ayudar a los clientes a estructurar su ambiente para maximizar el éxito en las tareas y metas del tratamiento.

Un método útil para el manejo de contingencias es el uso de un compromiso público que haga más probable el cumplimiento de las tareas (Locke y Latham, 2002). A menudo se busca la posibilidad de incluir en los planes de activación a amigos, compañeros o familiares. Por ejemplo, uno de nuestros clientes aprendió que cuando su depresión fuese más severa, era esencial que cada mañana le dijera a su esposa cuáles eran las tareas

principales que pretendía realizar ese día. Para él, "cumplir su palabra" era un reforzador efectivo que contribuyó a incrementar su activación.

También se trabaja con los clientes para estructurar sus ambientes de otras formas que mejoren la activación. Así, para una cliente que trabaja en un plan de ejercicio durante la semana, ponerse su ropa deportiva antes de salir del trabajo, al final del día, es una parte esencial del plan.

Por último, los clientes también pueden experimentar con el uso de reforzadores arbitrarios para tareas específicas de cambio de conducta. Aunque la activación conductual enfatiza el incremento del contacto con reforzadores naturales en el contexto de la persona, en ocasiones puede ser útil el uso selectivo de reforzadores arbitrarios. El cliente que se mencionó planeó una cena especial con su esposa al final de cada semana en que hubiese cumplido las tareas de activación; la cliente que trabajaba en el programa de ejercicio se compró una nueva camisa para ejercicio después de que empezó su nuevo programa.

En ocasiones los terapeutas pueden sugerir el uso de contingencias aversivas para fomentar el cambio conductual; por ejemplo, un cliente descubrió que le era útil aceptar llamar al terapeuta si ese día planeaba quedarse en cama y faltar al trabajo. Otros clientes escriben cheques de donativo a los programas de caridad que menos les gustan, que luego son canjeados si no cumplen con las actividades programadas (Watson y Tharp, 2002). A menudo, el solo hecho de sugerir una contingencia aversiva es suficiente para motivar el cambio. Por ejemplo, el cliente que había aceptado llamar a su terapeuta, en efecto, lo llamó temprano un lunes por la mañana; cuando iba a la mitad del mensaje dijo, "Esto es ridículo. Olvídelo, me voy a trabajar".

Cuando los clientes hacen la programación de actividades, es esencial elaborar un componente de supervisión en el que puedan registrar el contexto y las consecuencias de la activación. Esto proporciona información sobre la tarea específica de activación y permite la práctica regular y continua de la identificación de las relaciones contingentes entre la actividad y el estado de ánimo. Es esencial que el terapeuta analice en cada sesión lo que el cliente aprendió de las tareas de activación y automonitoreo. También debe proporcionar retroalimentación regular sobre el progreso y destacar las áreas de mejoría o solucionar los problemas que puedan haber surgido.

Es esencial que el terapeuta no evite preguntar por las tareas incompletas o no realizadas. El trabajo del terapeuta en la activación conductual consiste justamente en prestar atención a esos dominios. La atención repetida y persistente en un pequeño conjunto de tareas de activación a menudo se lleva buena parte del curso del tratamiento. Preguntar qué impidió la realización de la tarea proporciona a terapeuta y cliente información esencial sobre barreras importantes y posibles ejemplos de patrones de evitación. El propósito de dichas discusiones no es castigar o avergonzar al cliente, por lo que es importante aproximarse a la revisión de las tareas con una actitud directa y no crítica. Al mismo tiempo, para el cliente puede resultar aversivo discutir las tareas incompletas o parcialmente completadas, lo que puede facilitar que haga la tarea la próxima vez (porque la posibilidad de escapar del incómodo interrogatorio del terapeuta

le proporciona reforzamiento negativo). Si esto ocurre en forma natural no es un problema y de hecho contribuye al progreso del tratamiento. Sin embargo, el terapeuta no debe recurrir nunca a la vergüenza o la crítica, así sea de forma sutil, para mejorar la realización de las tareas.

Asignación de tareas graduadas

La asignación de tareas graduadas, que es una parte central de la terapia cognitiva para la depresión (Beck *et al.,* 1979), también es distintiva de la activación conductual y parte esencial de la mayor parte de los esfuerzos de programación de la actividad. Por consiguiente, es importante que los terapeutas ayuden a los clientes a separar las conductas en unidades específicas, alcanzables, para facilitar el cambio conductual exitoso. Saber cómo descomponer y graduar apropiadamente las tareas en una progresión escalonada que vaya de lo simple a lo complejo requiere que los terapeutas hagan uso de una gran variedad de habilidades básicas de automanejo y solución de problemas.

Para este fin, también es importante que durante el tratamiento los terapeutas ayuden a los clientes a aprender el método de graduación de tareas, de modo que una vez que haya concluido la terapia puedan aplicar dicha habilidad a nuevos contextos y tareas. Al explicar la herramienta de la asignación de tareas graduadas, es importante recordar a los clientes que la meta no es cumplir todas las partes de la actividad sino iniciar las tareas importantes, aumentar la activación e interrumpir la evitación. Los terapeutas también deben explicar a los clientes que descomponer las tareas contribuye al éxito con los componentes de la tarea, y que esas experiencias de éxito a su vez refuerzan y motivan el trabajo en los componentes sucesivos de la tarea mayor.

Es muy importante descomponer las tareas de forma tal que se garantice el éxito inicial. Si los clientes experimentan dificultades con las tareas, los terapeutas deben revisar explícitamente si la separación y graduación de los componentes de la tarea fue adecuada. También puede pedirse a los clientes que imaginen los pasos involucrados en una determinada tarea antes de intentar realizarla fuera de la terapia y que anticipen cualquier obstáculo que pudiera surgir. Si este proceso sugiere que el dominio de ciertos elementos puede ser difícil, terapeuta y cliente deben descomponer la tarea en partes más pequeñas y alcanzables.

Modificación de la evitación y solución de problemas

Éste es quizá uno de los aspectos más ricos y variados de la activación conductual. Como se mencionó antes, es posible que los clientes estén abordando la evitación de tareas concretas en el trabajo o la casa, la evitación de emociones dolorosas como duelo o temor, evitación del conflicto interpersonal y así sucesivamente. Los métodos específicos que se utilizan para abordar esas áreas se relacionan con la naturaleza específica de la evitación. Por ejemplo, a un cliente que evita la experiencia del duelo por una relación perdida se le ayuda para que cada día dedique tiempo a revisar fotografías de la antigua pareja, recordar momentos que compartieron, entre otras. Al cliente que evita tareas en el trabajo se le puede ayudar a descomponer dichas tareas, elaborar listas

específicas de pendientes, pedir ayuda de otros. Al cliente que evita el conflicto interpersonal se le puede ayudar a practicar una comunicación asertiva en juegos de roles realizados en las sesiones, a experimentar discusiones con amigos, a llevar a un familiar a una sesión de terapia, entre otras. Dicho lo anterior, dentro de este amplio dominio, una serie de estrategias básicas pueden ser de utilidad en la planeación del tratamiento.

Primero, cuando se aborda la evitación es esencial partir de una postura de colaboración con el cliente. Es importante entender y comunicar que se comprende la incomodidad del cliente en una situación particular, a lo que luego sigue alguna acción por su parte para terminar la experiencia aversiva. Los terapeutas pueden enfatizar que si bien la evitación cumple una función de adaptación en el corto plazo a la larga se vuelve problemática. Dado que muchas conductas de evitación están controladas por las contingencias inmediatas, es útil reiterar las consecuencias a largo plazo de determinadas conductas; para resaltar esos patrones suele ser útil regresar al modelo de activación conductual.

Segundo, los métodos básicos de solución de problemas se usan con frecuencia para abordar la evitación. Aunque rara vez se enseñan los pasos de solución de problemas de manera estructurada y formal, abordar la evitación por lo general implica averiguar cómo acercarse y resolver los problemas. Por consiguiente, es esencial que los terapeutas muestren disposición para resolver problemas relacionados con la evitación y que trabajen con los clientes para generar diversas opciones para posibles conductas alternativas de afrontamiento. Las estrategias de solución de problemas incluyen la definición y evaluación del problema, generar soluciones alternativas, manejar las contingencias ambientales y encontrar la solución cuando sea necesario. Debe señalarse que el resto de las estrategias básicas se usan también con frecuencia en aras de la modificación de la evitación y la solución de problemas (programación y supervisión de actividades, asignación de tareas graduadas, entre otras).

Tercero, para ayudar a los clientes a mantener la atención en la evitación, puede enseñárseles el uso de diversas estrategias mnemónicas, las cuales permiten organizar un método de revisión, "¿Cuál es la función de la conducta, cuáles son sus consecuencias?" Se utiliza el acrónimo ACTION para identificar el enfoque general que se pide a los clientes que adopten (Martell *et al.,* 2001):

- Evaluar (*Assess*). ¿Esta conducta es de aproximación o de evitación? ¿Es probable que me haga sentir mejor o peor?
- Elegir (*Choose*). Elegir entre continuar con esta conducta, incluso si me hace sentir peor, o intentar una nueva conducta.
- Intentar (*Try*). Intentar la conducta elegida.
- Integrar (*Integrate*). Es necesario que cualquier conducta nueva reciba una oportunidad justa, integre entonces una nueva conducta en una rutina antes de evaluar si ha sido útil o no.
- Observar los resultados *(Observe the result)*. Preste mucha atención y supervise los efectos de la nueva conducta.

• Nunca se rinda *(Never give up)*. Recuerde que hacer cambios a menudo requiere esfuerzos e intentos repetidos.

En el caso de los patrones conductuales caracterizados por conductas de evitación, los clientes pueden usar el acrónimo que en lengua inglesa hace referencia a estar en una trampa (TRAP) (Martell et al., 2001):

• Desencadenante (*Trigger*). Por lo regular es algo en el ambiente (p. ej., ser criticado por el empleador).
• Respuesta *(Response)*. Es una reacción emocional (p. ej., sentir vergüenza o culpa).
• Patrón de evitación (*Avoidance Pattern*) -Las conductas de evitación usadas para afrontar la respuesta emocional (p. ej., salir temprano del trabajo, quejarse con los compañeros sobre el disgusto con el trabajo).

Los terapeutas piden luego al cliente que salga de la trampa (TRAP) y regrese al sendero (TRAC); es decir, se le pide que con el mismo desencadenante y las mismas condiciones de respuesta experimenten con conductas "alternativas de afrontamiento".

Estrategias de participación

La investigación ha documentado la frecuencia y consecuencias negativas de la conducta rumiante entre las personas con depresión (Nolen-Hoeksema, 2000). El enfoque de la activación conductual considera que la rumiación es una conducta que con frecuencia impide que la gente se comprometa plenamente con sus actividades y sus ambientes. Los terapeutas de la activación conductual están alertas a los reportes de rumiación por parte del cliente y son cuidadosos al evaluar si la rumiación es un problema cuando los clientes regresan a la sesión reportando que una tarea de activación "no funcionó". Por ejemplo, si una cliente informa que experimentó poca mejoría en su estado de ánimo mientras jugaba con su hijo en el parque, el terapeuta querrá examinar si sólo se comprometió parcialmente con la tarea de jugar porque su mente estaba enfocada en preguntarse por qué su antigua pareja no quiso continuar la relación, qué dice eso de su valor como mujer, y así sucesivamente.

Cuando se aborda la rumiación en la activación conductual existe menos interés en el contenido particular de los pensamientos rumiantes que en el contexto y las consecuencias de la rumiación. Por ejemplo, al trabajar con un cliente que rumiaba frecuentemente acerca de un empleo que lamentaba haber rechazado, el terapeuta le pidió que examinara las siguientes preguntas: ¿Qué estaba haciendo mientras pensaba en el otro trabajo? ¿Qué tan involucrado estaba con la actividad del momento y con su entorno? ¿Qué sucedió durante y después de que pensara en el otro trabajo? Al examinar esas preguntas, terapeuta y cliente identificaron que era más probable que el cliente rumiara cuando realizaba tareas aversivas en su trabajo actual, lo que le hacía sentir mucha ansiedad; es decir, la rumiación recibía reforzamiento negativo porque distraía al cliente de la ansiedad y disminuía su concentración en las tareas aversivas. En la

activación conductual los terapeutas pueden pedir a los clientes que rumian con frecuencia que "presten atención a la experiencia", una práctica en que deliberadamente se concentran en la actividad y entorno actuales. Por ejemplo, se les puede pedir que pongan toda su atención en las sensaciones físicas (colores, sonidos, olores, sabores, movimientos físicos, entre otros). Esas estrategias son similares a las prácticas de mindfulness (atención plena) (Segal, Williams y Teasdale, 2002) y también son congruentes con la estrategia conductual dialéctica de la "acción contraria todo el tiempo" (Linehan, 1993).

Revisión y consolidación de las ganancias del tratamiento

A medida que terapeuta y cliente van llegando al acuerdo de que se ha logrado una mejoría suficiente y que parece indicado concluir el tratamiento, las sesiones restantes deben enfocarse en la prevención de las recaídas, lo que en gran medida implica la revisión y consolidación de las ganancias logradas por el cliente. Hacia el final de la terapia es prudente concentrarse en anticipar las situaciones de la vida del cliente que pueden desencadenar sentimientos y conductas depresivas, y en generar planes para afrontarlas. Es necesario analizar en detalle los sucesos inminentes que pueden anticiparse como desafíos para el cliente (p. ej., la muerte de un padre, un cambio de trabajo) de modo que éste pueda esbozar un plan de autoayuda para activarse frente al estresor. También es muy importante revisar el modelo básico de la activación conductual y los métodos usados en el tratamiento para garantizar que el cliente sale de la terapia con una comprensión sólida de cómo aplicar esas herramientas en el futuro. Por ejemplo, los terapeutas pueden revisar las estrategias usadas para identificar las relaciones entre lo que hacemos y cómo nos sentimos, establecer metas específicas y concretas, usar la asignación de tareas graduadas, e identificar y dirigirse a los patrones principales de evitación (advertir que uno rumia más en el trabajo, que empieza a no devolver las llamadas telefónicas a los amigos, entre otras).

El escenario de la terapia

La investigación inicial sobre la activación conductual se concentró principalmente en el contexto de los escenarios de psicoterapia individual con pacientes ambulatorios; sin embargo, en la actualidad algunos estudios examinan su uso en una gran variedad de escenarios y modos de aplicación. Por ejemplo, varios grupos han encontrado formas creativas para llevar la activación conductual a escenarios fuera de las clínicas especializadas en la salud mental. Ensayos preliminares han documentado la promesa de emplear la activación conductual para tratar a pacientes adultos con depresión en atención primaria (Gros y Haren, 2011; Uebleacker, Weisberg, Haggarty y Miller, 2009), y Ekers y colaboradores han confirmado la posibilidad de que los especialistas aprendan y lleven a cabo la activación conductual en escenarios de atención primaria (Ekers, Dawson y Bailey, 2013; Ekers, Richards, McMillian, Bland y Gildoy, 2011). De igual modo, Hopko y colaboradores (2011) recientemente realizaron con éxito un ensayo con control aleatorio de la activación conductual en clínicas de oncología con pacientes

deprimidos. En la actualidad, Dimidjian y colaboradores llevan a cabo un ensayo con control aleatorio en sitios múltiples para probar el uso de la activación conductual para la depresión prenatal con formas flexibles de aplicación, y con enfermeras obstétricas y profesionales de la salud conductual como clínicos del estudio. La terapia de grupo parece ser un formato factible para tratar una gran cantidad de clientes con activación conductual (Houghton, Curran y Saxon, 2008; Porter, Spates y Smitham, 2004). También ha aumentado el interés en integrar la activación conductual a escenarios universitarios (p. ej., Cullen, Spates, Pagoto y Doran, 2006; Gawrysiak, Nicholas y Hopko, 2009; Reynolds, MacPherson, Tull, Baruch y Lejuez, 2011).

La duración del tratamiento fluctúa entre 12 y 24 sesiones. En la duración del tratamiento influyen factores como limitaciones de recursos del cliente, reembolso del seguro, etcétera. En estudios y trabajo clínico es común programar entre sesiones breves contactos telefónicos para reforzar la conexión interpersonal con el terapeuta, enfatizar la importancia de realizar las tareas entre sesiones, y ofrecer una oportunidad de abordar preguntas o problemas con las tareas asignadas entre sesiones.

Aunque es más común que la activación conductual se lleve a cabo en la modalidad de tratamiento individual, durante el tratamiento es frecuente la participación en las sesiones de personas allegadas al cliente. La decisión de incluir a estas personas se deriva del análisis funcional, es decir, se fundamenta en una base idiográfica. Estas sesiones conjuntas pueden ser útiles para evaluar los patrones que mantienen la depresión del cliente si se proporciona al familiar información y educación sobre el enfoque y la lógica del tratamiento, y se generan oportunidades para que el cliente y su familiar practiquen nuevas conductas interpersonales con la retroalimentación directa e inmediata del terapeuta.

Cualidades del terapeuta

En la experiencia, es importante que el terapeuta de la activación conductual lleve a su trabajo clínico una serie de cualidades estructurales y estilísticas. Brevemente, la naturaleza estructurada de la activación conductual es mantenida por el uso de agendas que guían los temas de atención de la sesión; al inicio de cada una los terapeutas involucran a los clientes en el proceso colaborativo de establecer la agenda. Por lo general, incluye la supervisión del progreso mediante la aplicación de un inventario de depresión (p. ej., el Inventario de Depresión de Beck-II o la Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton), revisión de la tarea, discusión de los problemas objetivo, asignación de la nueva tarea y un resumen de la sesión. Además, la estructura tiene fundamento en el firme propósito de fomentar la activación. Desde un punto de vista estilístico, las cualidades esenciales del terapeuta de la activación conductual incluyen la capacidad para enfatizar la importancia de la colaboración o de aprender juntos como equipo, esto permite al terapeuta estar atento al ritmo con que apoya la colaboración activa e interroga al cliente para asegurarse de que entendió la información presentada en la sesión (p. ej., sobre objetivos o intervenciones específicas, el modelo general de la activación conductual u otros puntos de la sesión "para llevar a casa"). Todas las

estrategias de la activación conductual requieren también la habilidad básica de ser un buen solucionador de problemas. Los terapeutas se aproximan a las cuestiones que surgen en el problema como asuntos que deben ser resueltos; esto implica que deben mostrar curiosidad sobre los factores que mantienen los problemas y habilidad para generar conductas alternativas más funcionales. Para este fin, es importante que se sientan cómodos con una forma de comunicación directa, objetiva y no crítica, particularmente ante hechos como el incumplimiento de los planes de activación asignados o la inasistencia a las sesiones programadas. Los terapeutas deben también equilibrar un sentimiento genuino de empatía y comprensión ante el sufrimiento y las dificultades de sus clientes con un compromiso optimista y tenaz con la posibilidad de cambio. En la activación conductual los terapeutas validan las dificultades experimentadas por los clientes y buscan ocasiones para alentar el progreso, incluso si parece mínimo. Por último, comprender los principios y conceptos conductuales básicos ayuda a los terapeutas a conceptualizar los casos de acuerdo con el modelo conductual de la depresión y presentar a los clientes un marco coherente.

El acrónimo EPANVIE (Dimidjian, 2011) captura las estrategias estructural y estilística que requiere el terapeuta competente en la activación general en un mnemónico de fácil recuerdo.

- Establece y cumple una agenda
- Promueve la activación
- Aprende junto con el cliente
- No juzga
- Valida
- Incentiva
- Expresa calidez con naturalidad

En la investigación sobre el resultado del tratamiento se usó supervisión clínica continua y equipos de consulta para ayudar a los terapeutas a cumplir y perfeccionar las cualidades que son importantes en su trabajo. Por lo general los terapeutas tienen reuniones semanales de una a dos horas. Los equipos los ayudan a mejorar sus habilidades en el uso de las estrategias básicas del tratamiento (conceptualización de los planes de tratamiento, análisis funcionales, graduación eficaz de tareas, entre otros). En un contexto en que se presta atención a estrategias y casos específicos, el equipo refuerza al terapeuta por exhibir cualidades como empatía, no ser crítico, habilidad para la solución de problemas, curiosidad y persistencia, y optimismo respecto con el cambio. Aunque no se ha sometido esta hipótesis a prueba empírica, se sospecha que sin el apoyo de un equipo de consulta eficaz a muchos terapeutas les resultaría difícil mantener esas cualidades, sobre todo si trabajan con clientes que enfrentan depresión grave, complicada o crónica.

Variables del cliente

Nuestra investigación sobre el resultado del tratamiento sugiere que un curso de activación conductual permite que adultos deprimidos obtengan beneficio clínico agudo y duradero, se tiene la impresión clínica de que el compromiso con la lógica básica del tratamiento y la disposición a cumplir con las tareas asignadas son predictores importantes del resultado de la activación conductual. Además, es importante advertir que en la investigación se usó una serie de características del cliente como criterios de exclusión. Por ejemplo, si un cliente mostraba una tendencia suicida aguda, al grado que su riesgo no pudiese ser manejado en una condición ambulatoria, era referido a un tratamiento más agudo e intensivo. Además, si un cliente tenía el diagnóstico de un trastorno comórbido que fuese más grave y notorio (al grado de interferir con el foco principal del cliente), y necesitara otro tratamiento con base en la evidencia (p. ej., trastorno obsesivo-compulsivo), también era referido a un tratamiento específico más apropiado. También evaluamos cuidadosamente cualquier problema médico que pudiese haber contribuido a la depresión y, de ser necesario, referimos a los clientes para que recibieran de manera concurrente el tratamiento médico apropiado.

La investigación clínica reciente también destaca el potencial de la activación conductual como opción de tratamiento para pacientes de todo el ciclo de vida, incluyendo adolescentes (McCauley, Schloredt, Gudmundsen, Martell y Dimidjian, 2011; Ritschel, Ramirez, Jones y Craighead, 2011; Ruggiero, Morris, Hopko y Lejuez, 22007; Van Voorhees *et al*., 2009). Este trabajo coincide con el trabajo anterior de Lewinsohn y colaboradores (1984) que dio lugar al Curso para Afrontar la Depresión dirigido a adolescentes. Este programa de tratamiento incluye programación de actividades, entrenamiento de relajación, entrenamiento de asertividad y habilidades sociales, y reestructuración cognitiva. Si bien es cierto que la inclusión de la reestructuración cognitiva en el Curso para Afrontar la Depresión coloca a este programa no en el área específica de la activación conductual, sino en el área más amplia de la terapia cognitivo-conductual, el curso enfatiza la programación de eventos placenteros. La evidencia también apoya el uso de la activación conductual en adultos mayores (Acierno *et al.,* 2012; Meeks, Looney, van Haitsma y Teri, 2008; Meeks, Teri, van Haitsma y Looney, 2006; Snarski *et al.,* 2011; Sood, Cisek, Zimmerman, Zaleski y Fillmore, 2003; Teri, Logsdom, Uomoto y McCurry, 1997), pacientes de origen étnico diverso (Kanter, Hurtado, Rusch, Busch y Santiago-Rivera, 2008; Kanter, Santiago-Rivera, Rusch, Busch y West, 2010), pacientes con síntomas límite y de ansiedad (Hopko, Lejuez y Hopko, 2004; Hopko, Sanchez, Hopko, Dvir y Lejuez, 2003), pacientes con trastorno por estrés postraumático (Jakupcak *et al.,* 2006; Mulick y Naugle, 2004; Wagner, Zatzick, Ghesquiere y Jurkovich, 2007), consumidores de drogas con síntomas depresivos elevados (Daughters *et al.,* 2008; MacPherson *et al.,* 2010), pacientes con esquizofrenia (Mairs, Lovell, Campbell y Keeley, 2011), pacientes hospitalizados (Curran, Lawson, Houghton y Gournay, 2007; Hopko, Lejuez *et al.,* 2003), pacientes con cáncer (Armento y Hopko, 2009; Hopko, Bell, Armento, Hull y Lejuez, 2005; Hopko *et al.,* 2011) y otras condiciones médicas comórbidas como obesidad (Pagoto, Bodenlos, Schneider, Olendski y Spates, 2008) y diabetes (Schneider *et al.,* 2011). Aunque muchos de esos estudios son

preliminares, y reportan datos de pequeños ensayos abiertos, la amplitud de este trabajo sugiere la posibilidad de adaptar la activación conductual como marco para el tratamiento de una gran variedad de clientes que luchan con la depresión y problemas comórbidos.

ESTUDIO DE CASO

Información antecedente

En la siguiente sección se presenta el tratamiento de Mark, un hombre de 43 años con una larga historia de depresión. Mark recibió 19 sesiones de tratamiento durante cuatro meses. La descripción que aquí se presenta pretende ilustrar la implementación de los principios y estrategias centrales de la activación conductual. Las primeras sesiones se describen en mayor detalle para ofrecer al lector información práctica concerniente a los principios y estrategias principales. Las últimas sesiones enfatizan un foco temático para el cual se aplican los mismos principios.

Es importante destacar desde el inicio que la descripción de este caso no pretende comunicar un curso prescriptivo de tratamiento y que no se recomienda seguir al pie de la letra la secuencia de estrategias. La activación conductual es un tratamiento altamente idiográfico en que la elección de estrategias específicas de activación es dirigido por el análisis funcional; dado lo anterior, se alienta al lector a prestar atención a la forma en que el terapeuta conceptualiza los problemas de Mark y lleva a cabo las estrategias del tratamiento en el curso de la terapia. Se espera que esta ilustración detallada inspire a los lectores a aplicar los principios básicos y las estrategias centrales de manera flexible e idiográfica.

Mark buscó tratamiento a instancias de su médico de cabecera. Su episodio reciente de depresión había durado alrededor de tres años sin remisión. Mark también tenía una historia de abuso de alcohol que había provocado problemas importantes que ocasionaron el divorcio de su primer matrimonio cuando tenía poco más de 20 años; sin embargo, los problemas con el alcohol no eran la causa de preocupación actual. Había estado en terapia previamente durante su separación y divorcio, cuatro años antes. No obstante, Mark la describió como desestructurada y no enfocada y dijo que dejó de asistir después de unas cuantas sesiones. Vivía solo, aunque tenía la custodia conjunta de sus dos hijas adolescentes; Mark y su ex esposa se alternaban cada dos semanas en el cuidado de las hijas.

Mark reportó que tenía periodos de depresión “desde que podía recordar”. En particular, recordó su primer episodio depresivo a los 12 años, poco después de que su padre se marchó e interrumpió todo contacto con Mark y su familia. Dijo que siempre había creído que el matrimonio de sus padres era feliz y que, en ese tiempo, se culpaba por la partida de su padre. Comentó que su madre y sus hermanos mayores jamás discutían con su padre. Al describir su estado de ánimo durante la adolescencia y adultez dijo “Tengo periodos en que puedo funcionar bien. Voy a trabajar y todo eso, pero en realidad nunca soy feliz”. Sus síntomas depresivos principales incluían estado de ánimo depresivo, pérdida del placer en casi todas las actividades, culpa excesiva, fatiga, dificultad para concentrarse y, en ocasiones, pensamientos pasivos de muerte.

Mark había tenido una red social que giraba principalmente alrededor de su anterior matrimonio, pero desde su separación y divorcio se había alejado de esa red. En la actualidad estaba solo la mayor parte del tiempo, excepto cuando cuidaba de sus hijas.

Mark tenía una licenciatura y trabajaba como contador para una empresa manufacturera. También escribía historias para niños y, antes de su episodio depresivo más reciente, trabajaba en una serie de historias como miembro de un grupo local de escritores.

Conceptualización del caso y resumen del tratamiento

Se conceptualizó que la depresión de Mark se había presentado en el contexto de su divorcio y los cambios que siguieron a ese proceso; además, algunas vulnerabilidades relacionadas con su historia personal también formaban un contexto para su experiencia actual. Después de su divorcio Mark sufrió un duelo intenso y ansiedad a lo que respondió con patrones de evitación interpersonal que recibieron reforzamiento negativo por la disminución del duelo y la ansiedad. Le resultaba difícil comprometerse plenamente en relaciones significativas y evitaba la intimidad de formas tanto manifiestas (p. ej., rechazando contactos sociales) como sutiles (p. ej., rumiando acerca de errores que cometió en el pasado, dejando de expresar compromiso con la relación y lo que pensaba o sentía sobre varios temas de manera regular). Durante el tratamiento, la terapeuta y Mark plantearon la hipótesis de que la evitación de relaciones interpersonales cercanas en su vida adulta le permitían mantener una distancia suficiente para no sentir las pérdidas subsecuentes de una forma tan aguda como lo que sintió cuando niño. Sin embargo, esos patrones de evitación también mantuvieron la depresión de Mark porque restringían la recompensa que obtenía en muchos de sus contextos actuales. Al principio el tratamiento se enfocó en incrementar la activación y abordar muchos de los problemas secundarios y alteraciones de rutinas que habían quedado establecidos. El tratamiento intentó revertir las espirales descendentes de la depresión por medio de la programación y estructuración de actividades. Aunque Mark aumentó su activación con relativa rapidez, su estado de ánimo no mejoró significativamente. Esto condujo a concentrar la atención en su rumiación y la contribución de ésta a la evitación de la intimidad en sus relaciones y en experimentar nuevas conductas diseñadas para acercar a Mark a su meta de tener una relación íntima estrecha y sentirse mejor.

Sesión 1

La primera sesión se concentró en revisar los resultados del proceso de evaluación, presentar el modelo de tratamiento, alentar las preguntas y retroalimentación y adaptar el modelo a las experiencias específicas de Mark. La revisión del proceso de evaluación por lo general es breve; en esta parte de la sesión el propósito del terapeuta es asegurarse de que comprende plenamente los problemas que presenta el cliente, la historia relevante y la experiencia previa con algún tratamiento, si lo hubo.

El terapeuta también revisa su formulación diagnóstica básica para asegurase de que el resultado de la evaluación coincida con la experiencia subjetiva del cliente de sus problemas actuales. La discusión del tratamiento ocupa la mayor parte de las primeras sesiones por lo general. La siguiente transcripción ofrece un ejemplo de la forma en que el terapeuta presenta el modelo de tratamiento y responde a preguntas frecuentes sobre la etiología de la depresión. Específicamente, el terapeuta presenta la idea de que la

depresión se trata de manera conductual independientemente de la etiología.

TERAPEUTA: Permítame hablarle un poco sobre el modelo básico que guía la activación conductual. La primera idea es que a menudo ocurren cosas en la vida de las personas que les dificultan conectarse con los tipos de experiencia que normalmente las ayudan a sentirse bien. Esas cosas pueden ser cambios evidentes y fáciles de detectar como pérdidas importantes o alteraciones en la vida; aunque también pueden ser cosas menores, como el tipo de sucesos que lo fastidian un poco pero que siguen pasando, o que se presentan en gran cantidad, más o menos al mismo tiempo. La parte más importante es la idea de que el efecto de esos sucesos es hacerle más difícil conectar con los tipos de experiencia que traerían a su vida un sentido de placer y logro y que podrían hacerlo sentir mejor. ¿Esto tiene sentido para usted?

MARK: Diría que en mi caso es cierto. Definitivamente mi divorcio fue una de las grandes. Pienso que eso disparó las cosas, pero incluso ahora, no hay mucho que me ayude a sentir mejor. Incluso las cosas que creo que deberían ayudarme no lo hacen. En este punto sencillamente no tengo la energía.

TERAPEUTA: Sí, exacto. Es muy normal sentir muchas cosas en el contexto de esos sucesos. A menudo lo normal es la tristeza o el duelo, pero también lo son los sentimientos de fatiga y la sensación de no tener energía o interés en nada. Todo eso forma parte de la experiencia de la depresión.

MARK: Eso la describe.

TERAPEUTA: Voy a emplear este diagrama para describir la situación. En el primer círculo podemos incluir algunos de los sucesos de los que ya hablamos, como el divorcio, el hecho de compartir la custodia de sus hijas y su mudanza. Las reacciones de fatiga y falta de energía que le siguen son muy normales y las anotaremos aquí, en el segundo círculo. A menudo encontramos que la gente responde a esos cambios tratando de alejarlos de su vida. Ese alejamiento en ocasiones ocurre de maneras obvias, como permanecer en cama o reportarse enfermo al trabajo, o cancelar compromisos sociales, y otras veces lo hace de formas más sutiles, como concentrarse más en su pensamiento que en las actividades que está realizando. ¿Tiene eso sentido para usted?

MARK: Sí, por completo. Yo hago todas esas cosas.

TERAPEUTA: Es lógico que usted se aleje cuando se siente tan deprimido. El problema es que eso mantiene a la gente estancada en la depresión y el alejamiento puede convertirse en un problema por derecho propio. De modo que ésta es la flecha que vincula lo que hace y cómo se siente en una especie de espiral descendente. Entre más se aleja o más queda atrapado en sus pensamientos, peor se siente y menos energía tiene.

MARK: Sí. Eso lo resume.

TERAPEUTA: Además, para mucha gente existe una segunda espiral descendente. Es decir, la activación de la primera espiral descendente provoca nuevos problemas, por ejemplo, que su jefe se moleste con usted o que sus amigos dejen de llamar, o puede

impedirle resolver algunos de los problemas que dispararon al principio la depresión. Entonces, la meta última de nuestro trabajo juntos es descubrir nuevas acciones que pueda emprender aquí *(señalando el tercer círculo del diagrama)* que puedan ayudarlo a revertir esta espiral descendente. Es necesario que averigüemos juntos qué actividades pueden tener un efecto positivo en su estado de ánimo para ayudarlo a comprometerse con dichas actividades. También debemos descubrir cómo resolver los problemas que le generan estrés o insatisfacción. ¿Le parece que eso se ajusta a su experiencia? ¿Tiene preguntas sobre lo que he dicho? ¿Partes que sean adecuadas o inadecuadas?

MARK: Entiendo lo que dice y creo que en parte es adecuado, pero no entiendo por qué estoy tan deprimido. Quiero decir, otras personas viven cosas estresantes y parecen funcionar. Otras personas se divorcian o tienen empleos espantosos y siguen adelante. ¡Venga ya! me divorcié hace cuatro años. Creo que la depresión está presente en mi familia. Mi hermano mayor ha estado deprimido desde siempre y a veces me pregunto si mi papá estaba deprimido cuando se marchó. Hay veces en que no puedo identificar nada que haya ocurrido en mi vida. Quiero decir, nunca soy realmente feliz y luego, es como si hubiera un interruptor en mi cerebro y estuviera de regreso en ese hoyo oscuro de nuevo. ¿En qué coincide eso con lo que usted me dice?

TERAPEUTA: Esa es una excelente pregunta. Cuando hablo de la depresión me refiero a que algunas personas son más vulnerables que otras, y uno puede ser vulnerable a la depresión de distintas formas -por la genética, la biología o las experiencias en su historia-. De hecho, podemos agregar algunas de las cosas que menciona al primer círculo como parte de su contexto *(Escribe en historia familiar)*. Lo que este tratamiento enfatiza es que es posible cambiar la depresión haciendo modificaciones en lo que usted hace.

MARK: Eso tiene sentido para mí. Una parte de lo que dice definitivamente es apropiado para mí, la parte relacionada con alejarme más. Definitivamente lo hago. En ocasiones no hablo con nadie ni salgo de la cama durante toda la semana. Sé que eso lo empeora todo, pero aún así lo hago. Cuando me siento así me parece que no puedo hacer otra cosa.

Mientras la terapeuta responde a esas preguntas comunes pretende normalizar las respuestas de evitación a la depresión. Es esencial que el cliente vea al terapeuta como alguien que entiende y siente sincera empatía por su problema. El terapeuta debe comunicarle al cliente que sus conductas tienen sentido, aunque a la larga no le sean de ayuda. Eso hace más probable que el cliente vea al terapeuta como un aliado en el proceso de cambio y no como alguien que simplifica las cosas o no entiende el desafío que supone hacer los cambios. La terapeuta también recalcó la importancia de la actividad guiada y destacó su papel como experta y la necesidad de una evaluación cuidadosa. Subrayó la diferencia entre las tareas con base en una comprensión superficial de la depresión y las que son guiadas por un análisis funcional, un aspecto clave del tratamiento al que regresará la terapeuta en muchas ocasiones.

TERAPEUTA: Son muy buenas observaciones y en verdad coinciden con lo que he advertido también para mucha gente. Mucha gente experimenta que puede sentirse peor cuando empieza a activarse y a involucrarse. El problema con el alejamiento o la evitación es que, si bien proporcionan cierto alivio en el corto plazo, a la larga esa espiral descendente lo mantiene atrapado en la depresión.

MARK: Eso tiene mucho sentido para mí. Simplemente no quiero hacer nada. Preparar la comida me cansa. El sonido de los cubiertos sobre los platos me irrita. Es un poco loco, pero lo único que quiero es arrastrarme hasta un hoyo, apagar la luz en mi cabeza y hacer que todo desaparezca. Luego termino sintiéndome peor cuando me quedo en la cama. También solía beber. Yo sabía que eso lo empeoraría todo, ya no lo hago mucho, pero en el momento me ayudaba aunque yo sabía que en realidad no lo hacía. Supongo que me sentía mejor por un tiempo y eso era suficiente.

TERAPEUTA: Sí, exactamente. La evitación es una respuesta perfectamente natural. Pero, por desgracia, lo que sucede es que usted no está en contacto con todas las cosas que pueden brindarle placer y un sentido de logro, y que no se compromete en resolver los problemas que le ocasionan estrés.

MARK: Me está hablando de las dos espirales descendentes ¿verdad? Lo entiendo, pero todo me parece demasiado abrumador. El solo hecho de pensar en ello…

TERAPEUTA: Sí, lo sé. Aquí es donde entro yo. Es importante enfatizar que este tratamiento no se trata de que le diga que debería "hacer más" en general. En ocasiones le digo a la gente que ésta no es la aproximación a la terapia en que cada semana le digo "sólo hazlo". Es probable que haya recibido retroalimentación como esa de otras personas en su vida y que incluso usted se diga algo similar.

MARK: Sí, la acusación es cierta.

TERAPEUTA: Mi suposición es que si esto fuera sencillo de descubrir, usted ya lo habría hecho. Es un tratamiento simple, pero eso no significa que sea sencillo. La razón por la que usted está aquí hoy es que no resulta fácil y que es ahí donde entra mi experiencia. Una parte importante de este tratamiento es la idea de la **activación guiada**. Esto significa que usted y yo trabajaremos juntos en identificar formas específicas en que pueda experimentar con la activación. Mi experiencia radica en averiguar primero qué lugares pueden ser de más ayuda para incrementar su activación y compromiso, *y* segundo, qué pasos pequeños y manejables puede dar para empezar. Puede considerarme como una entrenadora o una persona que lo asesorará en el proceso de cambio. Vamos a trabajar juntos, como equipo, en pequeños pasos para recorrer todo el camino. ¿Qué le parece?

MARK: La idea suena bien. Supongo que vale la pena intentarlo.

TERAPEUTA: Me gustaría pedirle que lea un pequeño folleto sobre este tratamiento entre este momento y la próxima ocasión en que nos encontremos. Ahí encontrará más información.

La próxima vez que nos reunamos, hablaremos más acerca de cómo poner en práctica estas ideas.

En la sesión inicial la terapeuta empezó a informar a Mark sobre el modelo de tratamiento y a involucrarlo activamente en su lógica. Le dio información acerca de sus respectivos roles en el tratamiento y le asignó la primera tarea (leer el folleto sobre la lógica del tratamiento). Esas tareas cruciales de la primera sesión preparan las condiciones para una discusión adicional en la segunda sesión.

Sesión 2

En la segunda sesión la terapeuta hace un seguimiento cuidadoso de una serie de tareas de orientación claves entre las que se encuentran asegurarse de que Mark está de acuerdo con el modelo básico de tratamiento y explicar la estructura de la terapia. La terapeuta atiende a esos temas al dar inicio a la sesión.

TERAPEUTA: Me alegra verlo Mark.

MARK: Gracias, es bueno estar de regreso.

TERAPEUTA: Es genial. Sabe, cuando pensaba en nuestra última sesión, me di cuenta de que hay un par de puntos que quiero enfatizar. Uno de ellos es que ésta es una aproximación a la terapia que implica gran colaboración y una relativa estructura. De modo que cada vez que nos reunamos empezaremos por establecer una agenda para la sesión y lo haremos en colaboración. De hecho, con el tiempo usted asumirá cada vez más la tarea de establecer la agenda, aunque al principio es posible que yo tenga más que decir al respecto. La idea es que yo soy experta en cómo superar la depresión y usted es experto en sí mismo y en su vida, y en las cosas que son o no de ayuda.

MARK: Eso me parece razonable.

TERAPEUTA: Excelente. Entonces, en lo que toca a la agenda de este día, tengo un par de cosas. Me gustaría hablar más acerca del enfoque del tratamiento y su reacción al mismo, y también sobre cómo llevamos a la práctica algunas de las ideas. ¿Hay algo que usted quiera que abordemos hoy?

MARK: No, eso me parece bien. Leí el folleto y de verdad tocó fibras sensibles. Parecería que lo escribieron para mí, básicamente pensé “Gracias a Dios que alguien lo entendió”.

TERAPEUTA: Estupendo. Creo que una de las ideas principales del modelo es que suceden cosas que desencadenan un estado de ánimo depresivo y que luego la gente hace o deja de hacer cosas, lo que empeora la depresión. En su caso, entiendo que el principal desencadenante fue su divorcio y que eso ocurrió en el contexto de su historia de pérdidas importantes ocurridas en la familia en que creció.

MARK: Sí, las dos cosas son verdaderas. Reduje mucho mis actividades, por ejemplo, dejé de ejercitarme y de hacer cosas con la gente, incluso con mis hijas. Solíamos preparar grandes cenas juntos y ahora incluso organizarme para ordenar una pizza supone un esfuerzo. Y en el trabajo sucede algo parecido. Estoy funcionando al mínimo y, honestamente, muchas veces ni siquiera eso hago.

TERAPEUTA: Lo sé. Puede ser muy difícil seguir haciendo las cosas que lo mantendrán

funcionando bien, y aquí es donde entra la terapia. A partir de la última sesión y de lo que leyó, ¿qué entendió de lo que haremos aquí y de cómo voy a serle de ayuda? Si tuviera que contarle a un amigo lo que vamos a hacer en esta terapia, ¿qué le diría?

MARK: Supongo que le diría que vamos a precisar las actividades que me proporcionan algún placer o que me ayudan a sentir que estoy manejando bien las cosas. Luego averiguaremos cómo lograr que me involucre más en algunas de esas cosas.

TERAPEUTA: Sí, en gran medida se trata de eso. En ocasiones ocurren cosas en la vida de la gente que están completamente fuera de su control y que desencadenan la depresión, y lo que llamamos conductas problema secundarias la mantienen o la empeoran. Como usted dice, son las conductas que implican alejamiento o evitación, como dejar de realizar actividades divertidas con sus hijas o retraerse en el trabajo. Y en esos casos trabajamos en las conductas problema secundarias, y eso es el centro de la terapia. Otras veces es necesario abordar problemas más grandes de su vida que pueden relacionarse con lo que lo hace vulnerable a la depresión. En esos casos, la terapia involucra abordar directamente las conductas problema secundarias *y* trabajar directamente en los problemas, después de lo cual habremos allanado el camino para resolver algunos problemas manteniéndolo activado y comprometido.

MARK: Ese parece ser mi caso, porque sé que tuve muchos problemas relacionados con Diana que fueron parte de nuestro divorcio que no han mejorado.

TERAPEUTA: Sí, hablaremos más, a medida que sepamos qué disparó su depresión. En general, sabemos ahora que fue el divorcio. Pero, a medida que empecemos a seguir día a día su estado de ánimo y sus actividades, veremos cómo se eleva y decae. Trabajaremos juntos para ver eso con cuidado, preguntándonos qué lo disparó, cómo respondió al hecho de que su estado de ánimo llegara a ese punto y si habría sido útil que intentara algo diferente.

La terapeuta afirmó dos veces que por lo general es un suceso contextual lo que dispara la depresión, aunque antes reconoció que varias cosas pueden contribuir a la vulnerabilidad. Éste es un punto sutil, aunque importante, porque en ocasiones los clientes creen que su depresión "salió de la nada" o que es "biológica" y no puede modificarse por medios conductuales. Al enfatizar un antecedente ambiental (p. ej., la pérdida de reforzamiento positivo), la terapeuta plantea la idea de que en lugar de que la depresión esté completamente fuera del control de los pacientes, su respuesta depresiva tiene sentido y, lo más importante, que es posible hacer cambios conductuales para recuperar o establecer nuevos reforzadores en sus vidas. Además, la terapeuta siguió enfatizando la importancia de supervisar y evaluar con cuidado las relaciones entre el estado de ánimo, la actividad y el contexto como una parte clave del diseño efectivo de los planes de cambio conductual. La terapeuta construye luego sobre este cimiento a medida que avanza al otro tema de atención de la segunda sesión: el inicio de la supervisión de la actividad. Aquí la terapeuta le explica a Mark por qué es importante supervisar la actividad, empieza a enseñarle cómo llenar el Registro de Actividad (figura 9-3) y lo relaciona directamente con algunas de sus experiencias recientes.

Instrucciones: Registre su actividad en cada hora del día y una calificación del estado de ánimo asociado con cada actividad. Use la escala que se presenta abajo con las anclas que desarrollaron usted y su terapeuta para guiar la calificación de su estado de ánimo. Intente hacer anotaciones en su Registro de Actividad todos los días por lo menos cada tres o cuatro horas.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
5–6							
6–7			Pensar despierto en cama (9)				
7–8							
8–9		En el trabajo (7)					
9–10			Prepararme para el trabajo (8)				
10–11			En el trabajo (7)				
11–12							
12–1							
1–2							
2–3							
3–4	Trabajando/ enseñando a empleada (5)	En casa (7)					
4–5							
5–6							
6–7	Terapia (5)	Preparar cena (6)					
7–8		Ver televisión (9)	Ver televisión (9)				
8–9							
9–10							
10–11							
11–12							
12–1							
1–2							
2–3							
3–4							
4–5							

Calificaciones del estado de ánimo

0: Descripción con ejemplos de actividades asociadas: escribir, jugar con mis hijas

5: Descripción con ejemplos de actividades asociadas: realizar en el trabajo una actividad que sólo es moderadamente interesante, pero estoy enfocado y concentrado

10: Descripción con ejemplos de actividades asociadas: pensar en cómo lo he arruinado todo

Figura 9-3. Muestra del Registro de Actividad completado (cada hora) (asignado el lunes y revisado el martes).

TERAPEUTA: Una de las principales herramientas que usamos en esta terapia es el llamado Registro de Actividad. Este es un ejemplo *(le pasa a Mark el registro)*. Como puede ver, incluye cuadros para cada hora del día. Me gustaría que lo use para empezar a registrar su actividad y su estado de ánimo. Básicamente es una manera de dar seguimiento a cómo pasa su tiempo durante el día y cómo se siente. Queremos saber qué hace cada hora y día a día. Qué cosas lo ayudan a sentirse mejor y cuáles lo hacen sentirse peor. Usted y yo vamos a revisar juntos esos registros con mucho cuidado, enfocándonos en cómo pasa su tiempo y cómo se siente. En ocasiones el Registro de Actividad nos dice de inmediato dónde deben hacerse cambios, y otras veces debemos revisarlo durante un par de semanas.

MARK: Muy bien.

TERAPEUTA: ¿Hay algo que haya estado haciendo desde que empezó a sentirse deprimido que sea diferente de lo que hace normalmente?

TERAPEUTA: Sí, hago menos ejercicio, veo más televisión y dedico mucho tiempo a pensar en todo eso. Es una locura.

TERAPEUTA: No es ninguna locura, pero estoy de acuerdo en que no le ayuda mucho. Y es muy difícil, y esa es la razón por la que está aquí. Podemos empezar a resolver esto juntos. Es genial que ya estuviera al tanto de esos patrones, y son buenos ejemplos de cómo buscar concretamente lo que está haciendo. Esta terapia pretende hacerlo más consciente de la forma en que su estado de ánimo es sutilmente afectado de una actividad a otra e incrementar las que sean más gratificantes. Es como si estuviésemos en una misión detectivesca para identificar las actividades que son como altibajos en su vida, las que están relacionadas con sentirse mejor y las que no lo están.

MARK: Tiene sentido. Entonces ¿debo anotarlo todo? ¿De verdad quiere que lo haga cada hora?

TERAPEUTA: Ésta es la directriz que yo utilizo: Quiero que la gente registre su actividad con la frecuencia suficiente para no tener que depender de la memoria. El problema con la memoria cuando uno está deprimido es que la depresión puede adormecer o sesgar la consciencia. De modo que no tiene que hacerlo cada hora. ¡Debemos ser realistas acerca del resto de su vida! Pero puede probar hacerlo cada tres o cuatro horas. A algunas personas les gusta hacer el registro durante el desayuno, el almuerzo, la cena y antes de meterse a la cama.

MARK: Creo que eso puede funcionar para mí.

TERAPEUTA: Veamos ahora lo que debe anotar. Anota su actividad en cada bloque y luego anota también en cada bloque una calificación de su estado de ánimo que vaya de 0 a 10. Tomemos como ejemplo el día de hoy. ¿Qué estaba haciendo en las horas antes de venir aquí?

MARK: Estaba en el trabajo.

TERAPEUTA: Muy bien, estupendo. ¿Qué hacía en el trabajo?

MARK: Le estaba enseñando a una nueva empleada cómo usar nuestro sistema de cómputo. Eso fue realmente frustrante porque ella no entendía y yo no tengo mucha

paciencia.

TERAPEUTA: Es una gran información para el registro. ¿Por qué no escribe "trabajando-enseñando a la nueva empleada". Ahora quiero que registre su estado de ánimo en una escala de 0 a 10, veamos entonces si podemos obtener algunas anclas aquí. ¿Qué sería para usted un estado de ánimo 0"? Podemos seguirlo en cualquier forma que sea más útil para usted, de modo que podríamos considerar que 0 sería sentirse realmente bien, sin depresión ni tristeza alguna. De ser así, consideraríamos entonces que 10 corresponde a los momentos en que se siente muy mal, lo peor que puede sentir. Creo que sería útil pensar en algunas actividades que se ubiquen en 5 o en el punto medio, donde no se siente del todo bien pero tampoco se siente particularmente mal. ¿Qué actividades podrían asociarse con cada una?

La terapeuta y Mark trabajaron luego juntos para identificar actividades asociadas con los puntos bajo, medio y alto de la escala. Algunos clientes prefieren usar el extremo bajo de la escala para indicar un estado de ánimo negativo, mientras que otros (como Mark) prefieren anclar el extremo bajo a un estado de ánimo positivo ("realmente bueno" para Mark). Permitir esa flexibilidad puede ser útil siempre que terapeuta y cliente tengan claro qué anclas se usarán cuando el cliente haga en casa la supervisión. Debe mencionarse también que los terapeutas pueden pedir a los clientes que califiquen otras dimensiones, como el grado en que las actividades se asociaron con dominio y placer (Beck *et al.,* 1979) o la sensación de ser protegido o mermado (Segal *et al.,* 2001). La calificación de estas dimensiones puede sustituir o complementar a la calificación del estado de ánimo. A menudo se inicia pidiendo a los clientes que registren las calificaciones del estado de ánimo porque para muchos es un punto de partida más sencillo porque exige menos discriminación de la experiencia subjetiva; además, la calificación del estado de ánimo proporciona información esencial sobre posibles actividades antidepresivas. Para algunos clientes es útil construir sobre esto enseñándolos a distinguir entre dominio y placer, y cómo pueden ambas cosas ser útiles en la regulación del estado de ánimo. En el caso de que se califique el estado de ánimo o la dimensión de dominio-placer, es importante revisar con cuidado el método y la escala que se desea use el cliente. A otros clientes les resulta útil la dimensión de prtección o merma para identificar actividades que son antidepresivas.

TERAPEUTA: Dada esta escala, ¿cuál sería la calificación de su estado de ánimo para las dos horas de "trabajo" de este día?

MARK: Probablemente un 5.

TERAPEUTA: Exactamente. Ahora bien, en ocasiones sucede que la gente no anota esto porque piensa, "No estaba haciendo nada". Es importante darse cuenta de que aunque no estuviera realizando ninguna actividad, también queremos saberlo.

MARK: ¿A qué se refiere?

TERAPEUTA: Bueno, cuando la gente piensa en "actividades" suele referirse a cosas como "ir a la tienda", "ver una película", "recoger a mi hijo en la escuela". Pero

nosotros concebimos a la actividad de manera más amplia. Podría estar conduciendo a casa de Diana o conversando por teléfono con alguien, o incluso estar acostado en cama, dedicando el tiempo a pensar en Diana.

MARK: Eso serían, en verdad, muchos días.

TERAPEUTA: Sí, y usted debe anotarlo. Esas son algunas de las cosas más importantes. En cierto sentido, entre más detalle, mejor. Queremos empezar a advertir cambios sutiles. Deseamos basarnos en esas ocasiones en que se siente un poco mejor, y queremos averiguar cuál es el problema cuando se siente peor.

MARK: Creo que ya entiendo.

TERAPEUTA: ¡Estupendo! La gente suele pensar que esto parece demasiado simple; y así es. Suena simple, pero en la práctica no lo es tanto. Al principio puede ser difícil hacerlo, observar detenidamente todas sus actividades y descubrir cómo se relaciona su estado de ánimo con ellas. Se requiere habilidad y trabajo duro de ambas partes. ¿Hay algo que podamos anticipar que puede interponerse en su tarea de supervisión esta semana?

La terapeuta terminó la sesión analizando con Mark las barreras potenciales para hacer la tarea, animándolo a hacer contacto por teléfono de surgir alguna duda, y ofreciéndole ánimo sobre la probabilidad de que podría ayudarlo.

Sesión 3

Como se mencionó, una de las competencias que debe poseer el terapeuta es la habilidad para revisar un Registro de Actividad y recoger información que resulte útil para adaptar las estrategias de activación y compromiso. La tercera sesión se concentra en revisar el Registro de Actividad de Mark (figura 9-3) y en usar la información recabada como trampolín para una evaluación más detallada de conductas problemáticas clave. Una vez más, en esas primeras sesiones el interés del terapeuta se centra en aumentar la activación en las áreas que mejoren el estado de ánimo de Mark; este trabajo establecerá el cimiento para el trabajo posterior para la modificación de la evitación y la solución de problemas.

TERAPEUTA: ¿Revisamos su Registro de Actividad?

MARK: Muy bien. *(Entrega el registro al terapeuta)*.

TERAPEUTA: ¿Por qué no me guía? ¿Qué aprendió? *(Le regresa el registro a Mark)*.

MARK: No estoy seguro si esto es lo que usted tenía en mente. Empecé el día después de nuestra última sesión. Ese día fui al trabajo, pero me sentía tan mal que salí temprano y regresé a casa. Estuve haciendo algunas chapuzas por la casa hasta la cena. Todo el día, y hasta ese momento, me sentí realmente decaído; califiqué mi estado de ánimo con un 7. Preparé la cena, lo que me hizo sentir un poco mejor. Me encantaba cocinar para Diana y para mí, y en ocasiones preparábamos grandes festines con las niñas. Pero desde el divorcio hay ocasiones en que agarro una bolsa de papas o algo así, o en una buena noche puedo ordenar una pizza. Mientras cocinaba me sentí un poco mejor, alrededor de un 5.

TERAPEUTA: Eso es fantástico. Hizo un excelente trabajo en esto. Hizo el registro exactamente como lo hablamos -anotando sus actividades y la calificación de su estado de ánimoy toda esta información es de gran utilidad. En un minuto le haré algunas preguntas más sobre ciertas partes específicas del día, pero por ahora deje que me haga una idea general de las cosas.

Note que la terapeuta tiene cuidado de reforzar los esfuerzos del cliente al inicio de este proceso de revisión. A menudo los clientes no están seguros de cómo llenar el registro, no es inusual que regresen con registros llenos parcialmente o en forma inapropiada. En dichos casos, los terapeutas deben equilibrar la necesidad de brindar retroalimentación correctiva y reforzar los esfuerzos del cliente. Los errores frecuentes incluyen anotar las actividades de manera muy general (p. ej., "en el trabajo" por seis horas), omitir el registro de las calificaciones del estado de ánimo, o no hacer el registro porque "no estaban haciendo nada". En tales casos, el terapeuta debe abordar esos problemas de una forma directa y objetiva.

TERAPEUTA: ¿Qué sucedió después de que preparó la cena?
MARK: Bueno, después de cenar empecé a ver televisión y a partir de ahí todo se derrumbó. Me senté y vi televisión hasta las 2:00 de la mañana. Supongo que eso ayudó a sacar de mi mente las preocupaciones sobre el trabajo y a que me sintiera terrible respecto a Diana, pero en realidad estuve deprimido todo el tiempo. De hecho, califiqué con 9 mi estado de ánimo.
TERAPEUTA: Esa es una información verdaderamente importante. Veo que la noche siguiente también se quedó viendo televisión hasta la 1:00 A.M. En su caso ¿esto suele suceder en muchas noches o se trata de dos excepciones?
MARK: Me gustaría que fueran excepciones, pero no, más bien esa ha sido la regla. Y luego resulta que no me puedo despertar por la mañana. Bueno, supongo que lo hago pero me quedo tirado en la cama. He llegado al trabajo muy tarde y algunos días me reporto enfermo.
TERAPEUTA: Entonces usaremos este registro para detectar los temas de actividades específicas que puedan ayudarlo a sentirse bien y los que pueden estar contribuyendo a su depresión, como comentamos la última vez, las actividades que "elevan" o "bajan" su estado de ánimo. Me parece que hay algunas que podrían ser importantes. Creo que ver televisión y dormirse tarde es una grande, y las otras dos son cocinar y cómo se desempeña en el trabajo.
MARK: Pienso que ver televisión es una realmente grande.

Note aquí que el terapeuta identificó algunas áreas amplias que parecen estar relacionadas con el mantenimiento de la depresión del cliente. En la activación conductual el terapeuta también está alerta a las alteraciones en las rutinas normales del cliente; en el caso de Mark, las rutinas de alimentación y sueño parecen haber sido significativamente alteradas. El terapeuta trabaja luego en colaboración con Mark para

enfocarse en un área específica para una mayor evaluación y solución de problemas (es decir, ver televisión por la noche). En este punto, la terapeuta empieza el proceso más explícito del análisis funcional.

TERAPEUTA: Muy bien, ¿por qué no empezamos aquí? Aclaremos primero que el problema se debe a que no parece ser, en general, ver televisión.

MARK: Eso es verdad. Normalmente veía poco la televisión, digamos una hora. Pero ahora que lo pienso, en ese momento estaba más comprometido con mi escritura. Entonces, normalmente veía televisión más o menos hasta las 9:00 P.M. y luego la apagaba y escribía otra hora. O si tenía a las niñas veíamos juntos un programa y luego apagábamos la televisión para leer o jugar algo, o sólo pasar el rato juntos, o quizá yo hacía una llamada telefónica o algo así.

TERAPEUTA: Entonces, esto es diferente para usted. El problema es que no apaga la televisión a las 9:00 P.M. y se queda viéndola otras cuatro a cinco horas.

MARK: Sí, ese es el problema.

TERAPEUTA: ¿Hace esto todas las noches de la semana o sólo las noches de trabajo?

MARK: Odio admitirlo, pero son casi todas las noches, no siempre tan tarde, pero casi siempre más tarde de lo que me conviene.

Hasta este punto, la terapeuta logró definir el problema en términos específicos y conductuales. Con una comprensión clara y mutua del problema, terapeuta y cliente pueden empezar a considerar las contingencias que pueden estar manteniendo el problema y lo que podría ser susceptible a cambiar.

TERAPEUTA: Probablemente deberíamos buscar qué es lo que impide que apague la televisión, ya que no parece tener un gran efecto en su estado de ánimo. ¿Qué cree que sucedería si ahora apagara la televisión a las 9:00 P.M.?

MARK: Pensé en apagarla anoche, pero no lo hice porque no quería pensar en todo este asunto.

TERAPEUTA: ¿Por "todo este asunto" se refiere al divorcio y a las presiones en el trabajo?

MARK: Sí, a las dos cosas.

TERAPEUTA: Entonces, ¿eso es lo que está evitando activamente y la televisión le ayuda a distraerse?

MARK: Sí, en este momento no tengo la lucidez para empezar a escribir. No puedo concentrarme y no estoy interesado.

TERAPEUTA: Creo que tiene la idea correcta en términos de distracción, el problema es que se distrae con algo que no le procura mucho placer ni logro.

MARK: Y mientras tanto la casa es un desastre, no he pagado mis facturas en meses, y…

TERAPEUTA: Sí, eso tiene sentido. Es la segunda espiral descendente de la que hablamos. ¿Qué le parece si trabajamos juntos en el problema de ver televisión? Luego podemos enfrentar algunas de las otras cosas que está planteando. Podría ser sencillo

resolver el problema de la televisión, pero supongo que hay algo más que debemos entender al respecto.

Advierta la facilidad con que el cliente puede quedar abrumado y desesperanzado en respuesta a la miríada de problemas en su vida. La terapeuta está alerta a esta posibilidad durante las sesiones y tiene el cuidado de regresar al modelo de la activación conductual para entender la experiencia del cliente y reorientarlo al problema que los ocupa. Además, también muestra un agudo interés en las "pequeñeces" de la conducta cotidiana del cliente, en particular si dicha conducta se relaciona con el estado de ánimo. Este detallado nivel de interés es crucial y tiene un doble propósito: Primero, dichas discusiones guían la elección de los objetivos de activación y la asignación de tareas específicas; segundo, se pretende que esas discusiones enseñen a Mark a adoptar un interés similar y que empiece a advertir patrones que son de mayor o menor utilidad para salir de la depresión.

TERAPEUTA: Tratemos de entender mejor lo que sucede con la televisión. ¿No ha llegado a pensar que tal vez estaría mejor si apagara la televisión?

MARK: Por lo general pienso "Debería irme a la cama". Pero sé que si me voy a la cama me quedaré despierto, pensando en lo que Diana está haciendo y en lo mucho que voy a odiar ir al trabajo el siguiente día. Entonces pienso que podría ver televisión.

TERAPEUTA: ¿Y qué sucede en la cama? ¿Se acuesta a rumiar acerca de Diana o de las cosas que ha hecho o no ha hecho en el trabajo?

MARK: Como siempre.

En esta transcripción, la terapeuta identificó efectivamente una serie de relaciones clave. Ver televisión por la noche se asocia con (1) un estado de ánimo deteriorado; (2) un mal desempeño en el trabajo; y (3) un proceso de reforzamiento negativo en que el afecto negativo (específicamente, el duelo y la ansiedad) es potencialmente disminuido cuando el cliente ve televisión. La terapeuta lo hizo de manera colaborativa y no crítica, y el cliente estuvo de acuerdo. En este punto, terapeuta y cliente examinan explícitamente la hipótesis sobre la relación entre la televisión y el estado de ánimo. A partir de esta comprensión, pueden considerar luego posibles estrategias de activación.

TERAPEUTA: Me pregunto si parte de lo que sucede es que ver televisión es útil en el corto plazo porque aleja su mente de los temas que están vinculados con mucha tristeza potencial y ansiedad sobre el futuro.

MARK: Sí, eso es cierto.

TERAPEUTA: Pero la parte difícil es que, aunque funciona en el corto plazo, a la larga es la misma espiral descendente o círculo vicioso porque ver televisión no le brinda placer y le impide realizar actividades que antes experimentaba y lo predispone a tener problemas en el trabajo.

MARK: Sí, exactamente. Es una locura, lo sé, pero es una forma muy fácil de escapar cuando me siento abatido al final del día.

TERAPEUTA: ¡Absolutamente! Debemos entonces tenerlo en cuenta cuando pensemos en los cambios que hay por hacer. Estoy pensando que podría intentar irse a la cama a pesar de eso y que podríamos trabajar en la rumiación. O, si se va a mantener despierto, podría hacer cosas mejores que ver televisión. ¿Qué opción le parece mejor?

El terapeuta presta atención a la función (distracción) de la conducta problema (ver televisión), mientras inicia la colaboración para la solución de problemas.

MARK: Probablemente encontremos otras cosas mejores que la televisión. Solía ir a un grupo de lectura una vez a la semana. Estaba formado por otros escritores y había algunas personas que me agradaban mucho, cuando hacía eso también leía por las tardes.

TERAPEUTA: Muy bien, ¿le parece que la lectura es una forma más propicia para que empiece a escribir de nuevo en lugar de saltar a la escritura?

MARK: Sí, no hay forma en que pueda escribir ahora. Me quedaría viendo la página en blanco, sintiéndome como un estúpido.

TERAPEUTA: Muy bien, eso tiene sentido. ¿Cuándo empezamos con esto? Una opción es que se ponga como límite las 9:00 P.M. para la televisión y podría elegir un libro que quisiera leer.

MARK: Es una buena idea. Es más una cuestión de que lo haga.

Es muy importante que el terapeuta no trate superficialmente comentarios como el enunciado final de Mark. Cuando los clientes expresan dudas acerca de si implementarán una estrategia de activación o la forma en que lo harán, es esencial prestarles mucha atención. También es útil que el terapeuta esté atento a declaraciones como "Lo único que debo hacer es obligarme a hacerlo", ya que por lo general indican que el terapeuta y el cliente no han identificado adecuadamente las contingencias que controlan la conducta. En la experiencia, es poco probable que la sola fuerza de voluntad tenga mucho éxito, y esas señales sugieren que se requiere de mayor evaluación, como ilustra la terapeuta:

TERAPEUTA: Entonces necesitamos estar seguros de que nos referimos al problema real en lugar de sólo decir "Bueno, usted va a hacer esto" y dejarlo ahí. ¿Qué tipo de lector es usted? ¿Es alguien que de verdad puede involucrarse con un libro?

MARK: Me involucro de verdad. De hecho, si ya lo empecé suelo pensar mucho en el libro durante el día.

TERAPEUTA: Pero es difícil lograr que lo haga.

MARK: Sí, es cuestión de empezar.

TERAPEUTA: Es bueno saberlo. Entonces, debemos encontrar la manera de interesarlo en el libro para que al llegar las 9:00 P.M. le resulte más fácil apagar la televisión.

MARK: Eso lo haría más fácil.

TERAPEUTA: Qué tal si al salir de nuestra sesión pasa a comprar un libro y empieza a leerlo en el café de la librería.

MARK: Claro, está justo en el camino de regreso. Puedo hacerlo.

TERAPEUTA: Mark, pienso que el truco de todo esto es averiguar qué puede ayudarlo a avanzar hacia las cosas que pueden ser benéficas para su estado de ánimo. Y eso es lo que resulta realmente difícil, lograr que vuelva a hacer las cosas que solía disfrutar justo ahora en que no tiene interés en ellas. Cuando se siente bien puede dar por sentado que es fácil hacer cosas como leer, pasar tiempo con amigos o con sus hijas e incluso escribir. Cuando no se siente bien, realmente se da cuenta. El problema es que se encuentra de nuevo en este círculo vicioso. Entre más tiempo deje de hacer las cosas, peor se siente y menos quiere hacerlas. Debemos encontrar cómo ayudarlo a empezar a hacer algunas de las cosas que le darán placer de nuevo.

La terapeuta reconoce ante el cliente que será difícil iniciar la nueva conducta debido al estado de ánimo, pero que en cualquier forma es necesario hacerlo. Muchas veces los clientes se aproximan a su depresión "de adentro hacia afuera" o de una forma dependiente del estado de ánimo; es decir, esperan pasivamente que mejore su estado de ánimo antes de hacer cambios conductuales. En la activación conductual los terapeutas enseñan a los clientes que cuando se sienten desanimados no pueden permitirse esperar a que mejore su estado de ánimo para iniciarlos. La meta es activarse cuando se sienten deprimidos (por muy difícil que eso sea). Aumentar la activación a la larga mejorará el estado de ánimo, aunque no sea de inmediato, e interrumpirá los patrones de problemas secundarios creados por el alejamiento y la evitación. Abordar la conducta dependiente del estado de ánimo (o comparar la aproximación de afuera hacia adentro con la de adentro hacia afuera) es un punto delicado en la terapia en que se requiere **mucha** empatía por la experiencia de sentirse deprimido.

El terapeuta debe equilibrar con destreza el incentivo de la acción con la validación de la dificultad para activarse cuando se está deprimido**.** Además, para apoyar el proceso de cambio es esencial incentivar incluso los menores indicios de incremento en la activación (a menudo con el uso de elogios significativos).

MARK: Sí, lo sé. Buena parte del tiempo sé lo que debo hacer, pero no tengo idea de cómo obligarme a hacerlo. He dejado de hacer muchas cosas, como cualquier actividad social por las tardes ni intento hacer planes. Como le comenté, durante casi un año asistí cada jueves al grupo de escritura, pero luego me dije, "No estoy escribiendo. Todo este asunto del divorcio me está aniquilando. ¿Cuál es el caso de ir? No tengo nada que agregar". Pero es cierto que cuando iba obtenía muchas cosas. Pero ahora no estoy interesado.

TERAPEUTA: Sí, exactamente, y es aquí donde vamos a trabajar juntos. Quiero regresar a los contactos sociales y a las rutinas alrededor de la escritura, pero quedémonos un poco más con la lectura y la televisión nocturna ¿le parece bien?

MARK: Sí, eso tiene sentido.

TERAPEUTA: Pensemos de nuevo en el plan para este libro. ¿Hay algo que pudiera presentarse entre este lugar y la librería que pudiese estropear el plan?

En este punto la terapeuta y Mark dedican el resto de la sesión a hablar de ciertos libros que podría comprar y que maximizarían su compromiso, y analizan posibles barreras que podrían alejarlo del plan trazado. También continúan la revisión del Registro de Actividad para identificar otros problemas importantes, como la rumiación en el trabajo, el alejamiento de las redes sociales y las alteraciones de las rutinas que antes le procuraban placer (p. ej., cocinar, hacer ejercicio). En cada caso la terapeuta usa un método similar al que empleó con el problema de ver la televisión: definir el problema, identificar los antecedentes y las consecuencias, y verificar las hipótesis sobre la relación entre la actividad y el estado de ánimo. La terapeuta regresa a menudo al modelo general de la activación conductual para explicar las asociaciones entre las actividades y el estado de ánimo. En cada caso, trabajan juntos para identificar los blancos más prometedores para la activación.

La terapeuta sigue enfatizando que es poco probable que la simple decisión de "obligarme a hacerlo" sea una estrategia de activación que funcione para Mark, y que es esencial ligar el plan de activación con una clara comprensión de la función de las conductas problemáticas. La terapeuta combina el interrogatorio gentil con las referencias al modelo de activación conductual para la validación sistemática de las funciones del retraimiento y la evitación, y la revisión de las posibles barreras a los planes de activación. Un aspecto muy importante fue el hecho de que la terapeuta le reiteró a Mark la posibilidad de que el cumplimiento de las tareas asignadas no produjera alivio inmediato.

"Durante esta semana será muy bueno ver el efecto de esas cosas en su estado de ánimo. Incluso si sólo tienen un pequeño efecto positivo, sabremos que estamos en el camino correcto. Pero debe tener en cuenta que quizá no tengan un efecto positivo inmediato en su estado de ánimo. Es posible que el hecho de que logre hacerlo sea el éxito en sí y que tal vez deba hacerlo por cierto tiempo antes de empezar a sentirse mejor. Sin embargo, pienso que parte de esto ayudará a mejorar un poco su estado de ánimo, incluso en el corto plazo".

Para concluir la sesión, la terapeuta y Mark revisaron las tareas asignadas, que incluían comprar un libro nuevo, empezar a leerlo en el café y apagar cada noche la televisión a las 9:00 P.M. para ponerse a leer. Además, acordaron que Mark regresaría una llamada telefónica a una antigua amiga, Mary, quien vivía en su vecindario y había intentado entrar en contacto con él recientemente.

Sesión 4

Mark llegó a la cuarta sesión con poca mejoría en la severidad de su depresión. Dijo que había aumentado su contacto social pero que no se sentía mejor. También había demorado la tarea de comprar el libro y había seguido viendo televisión hasta tarde por la noche. La terapeuta abordó ambos problemas de una forma directa y objetiva con curiosidad e interés.

MARK: Fue un fin de semana muy malo. Llamé a Mary y terminé por asistir a una

especie de fiesta de cóctel que había organizado en la piscina comunitaria. Me sentía un tanto aturdido, pero pensé que me haría bien salir. Estaba pensando en cuál sería el tema de conversación y en lo mucho que me gustaba nadar.

De hecho, fui salvavidas en la universidad durante los veranos. Pero creo que después de ir me sentí peor. Supongo que hubo momentos divertidos, pero me sentía muy frustrado por todo. El resto del fin de semana me quedé encerrado en mi departamento.

TERAPEUTA: ¿Sería bueno anotar eso en la agenda? ¿Hacer cosas que solía disfrutar y no disfrutarlas?
MARK: Seguro.
TERAPEUTA: Y también quiero asegurarme de que revisemos cómo le fue con el libro contra la televisión. ¿De qué quiere hablar primero? ¿De la llamada a Mary y la fiesta o de la televisión?
MARK: Supongo que podemos ver primero lo de la televisión. Apenas hoy compré el libro. El viernes estuve en la fiesta, por lo que no llegué a casa y a mi cama hasta medianoche.
TERAPEUTA: ¿Vio televisión entonces?
MARK: No, creo que estaba demasiado cansado por haber estado fuera toda la noche, me quedé dormido en cuanto regresé.
TERAPEUTA: ¿Y qué pasó el sábado y la noche pasada?
MARK: Lo normal. Estuve despierto hasta tarde las dos noches.

Dada la importancia de atender de manera sistemática y regular el cumplimiento de las tareas, la terapeuta evaluó en este punto qué impidió que Mark completara la tarea anterior.

TERAPEUTA: Me alegra que comprara el libro. ¡Es estupendo! Pero también siento curiosidad por saber que le impidió hacerlo antes. Recuerdo que iba a comprarlo al salir de la sesión la semana pasada ¿Es correcto?
MARK: Sí, así es, pero cuando salí alguien me llamó del trabajo para recordarme una reunión, de modo que no tenía tanto tiempo como pensaba. Pero pensé que podría hacerlo después del trabajo, y luego en la tarde pensé: "Lo haré el fin de semana porque tendré más tiempo". No lo sé.
TERAPEUTA: Si regresara al momento en que salió de la sesión, cuando recibió la llamada telefónica del trabajo, ¿había alguna otra cosa que pudiera estropear el plan?
MARK: No, eso fue lo que ocurrió. Me sentía bastante optimista respecto con el libro. Lo que pasó fue que no tenía tanto tiempo como pensaba y tuve que regresar al trabajo.
TERAPEUTA: Muy bien, es bueno saberlo. Entonces su plan era conseguir el libro el fin de semana y acaba de comprarlo hoy. ¿El fin de semana pensó en ir a comprarlo o la idea volvió a surgir hoy?

MARK: Lo hice, pero me sentía tan mal después de la fiesta que no pude obligarme a hacerlo.

TERAPEUTA: Parece que se sentía realmente deprimido. ¿Recuerda el diagrama que usamos en la primera sesión para entender el panorama completo de la depresión? Pienso que eso también encaja aquí.

MARK ¿Y eso por qué?

TERAPEUTA: Si consideramos que la fiesta es lo que sucedió, luego se sintió realmente deprimido y desanimado, ¿correcto? *(Saca el modelo y escribe en esta situación)*.

MARK: Definitivamente.

TERAPEUTA: Y usted se alejó para quedarse en casa todo el fin de semana y sin comprar el libro. Supongo que eso alimentó todavía más su desaliento. ¿Es correcto?

MARK: Totalmente. Pensé, cielos, ni siquiera puedo hacer algo tan simple como comprar un maldito libro.

TERAPEUTA: Así es, ahí es donde se pone en movimiento la espiral descendente.

MARK: Así fue exactamente. Quería hacer menos y menos y me sentía cada vez peor.

TERAPEUTA: Es genial que pueda ver la conexión entre todas esas cosas. Siento curiosidad por saber cómo logró obligarse a comprar el libro hoy. ¿Se siente mejor o es otra cosa?

MARK: No me siento tan mal, y dado que ya estaba fuera, resultó más sencillo ir a buscar el libro. Además, sabía que íbamos a reunirnos y que probablemente me preguntaría por el libro.

TERAPEUTA: ¡Es estupendo saberlo! Entonces sabemos que debemos continuar el seguimiento de esas cosas porque le ayuda hacerlas.

MARK: *(Riendo un poco)*. Cierto, no es que haya disfrutado al imaginar que me llamaban al orden, pero supongo que me ayudó.

TERAPEUTA: Y salir de la casa para comprar el libro este fin de semana era mucho más difícil que salir esta mañana, porque de hecho ya había salido para ir al trabajo. Estar ya fuera le hizo más fácil cumplir la tarea.

MARK: Correcto. Ese tipo de cosas parece ocurrir mucho últimamente.

TERAPEUTA: Entonces, una solución sería no esperar hasta el fin de semana cuando tenga que realizar una tarea específica porque parece que ese es para usted un momento complicado para cumplir las tareas. También podríamos organizar un sistema de contactos telefónicos cuando se sienta particularmente deprimido, ya que parece que es útil saber que haremos el seguimiento de esas tareas en nuestras reuniones. Sin embargo, la otra cuestión es averiguar qué fue lo que lo deprimió tanto este fin de semana y qué podemos hacer al respecto.

MARK: Pienso que es la cosa más grande.

TERAPEUTA: ¿Hablamos un poco sobre la fiesta y el fin de semana para tratar de averiguar qué puede ser de más ayuda? ¿Qué le parece? Y también nos aseguraremos de regresar al tema de la televisión y el plan de lectura.

MARK: Muy bien. Me gustaría no sentirme tan mal como me he estado sintiendo.

TERAPEUTA: ¿Por qué no le echamos un vistazo a su Registro de Actividad? *(Revisan*

el registro). Parece que las calificaciones de su estado de ánimo fueron moderadas el jueves y el viernes después de que nos reunimos. Luego, se elevaron (7, 8 y hasta 9) el viernes en la fiesta y el resto del fin de semana.

MARK: Honestamente no estoy seguro de que esto sea para mí. Me parece que hice un buen intento al llamar a Mary e ir a la fiesta. No quería hacerlo, pero lo hice, y después me sentí peor.

Cuando los clientes reportan que están incrementando la activación y que su estado de ánimo no mejora, es importante evaluar una serie de posibles explicaciones. Primero, los terapeutas pueden considerar si las tareas de activación fueron demasiado ambiciosas y no incluyeron una graduación exitosa. En tales casos, es importante que reconozcan la responsabilidad y que recomienden una tarea con base en componentes más pequeños de la misma. Segundo, los terapeutas deben considerar si el análisis funcional fue correcto. ¿Es posible que estén activando al cliente en un dominio que muy probablemente no genere mejorías en el estado de ánimo? Tercero, los terapeutas deben considerar si el pensamiento rumiante está interfiriendo con la activación. En esos casos, los clientes se involucran "físicamente" en las tareas de activación, pero "mentalmente" permanecen desconectados de su contexto y es menos probable que tengan la oportunidad de experimentar la recompensa. Cuarto, es posible que, aunque la activación no mejore de inmediato el estado de ánimo, se esté en el "camino correcto" porque los clientes están dando pasos activos para resolver los problemas y abordar metas importantes en su vida.

En el caso de Mark, la terapeuta decidió indagar primero la posibilidad de que la rumiación estuviese interfiriendo con la activación debido a los comentarios que había hecho el cliente en sesiones anteriores respecto con su rumiación frecuente sobre Diana y su divorcio.

TERAPEUTA: Creo que podríamos explorar juntos lo que pasaba por su mente mientras estaba en la fiesta. ¿Qué pasaba por su mente cuando hablaba con otras personas cerca de la piscina o mientras nadaba?

MARK: Usted sabe, recuerdo que los momentos agradables de la fiesta se dieron cuando me zambullí en el agua. El sonido del agua salpicando, su frescura, el silencio bajo el agua, todo eso fue genial. Es también lo que me encantaba de la natación. Pero la otra parte, creo que mentalmente estaba verificando. Estaba con mucha gente que me agrada. Mary es genial y toda su familia había llegado de visita de la Costa Este. No los había visto en años y de verdad disfruto mucho con todos ellos. Son personas fantásticas. Pero en realidad eso no importaba, yo no estaba ahí.

TERAPEUTA: ¿Estaba pensando en Diana o en su relación con ella?

MARK: Sí, básicamente fue eso.

TERAPEUTA: ¿Las otras personas conversaban con usted?

MARK: Sí, y yo hablaba con ellos. Quiero decir, podía escuchar las palabras que salían de mi boca, pero yo no estaba ahí.

TERAPEUTA: Entonces, en el registro calificó la fiesta con un 7. Pero, si tuviésemos que separar esas distintas piezas -la natación, cuando estaba completamente

comprometido con la actividad y la plática, cuando su mente estaba en otro lado¿qué calificación le daría a cada una?

MARK: La natación… fue buena. Supongo que sería un 3 si 0 equivale a sentirse bien; Quiero decir que no lo borró todo. Pero la plática… eso fue terrible, un 9.

La terapeuta pudo identificar con éxito el problema que interfería con los beneficios potenciales de la activación. Continuó la evaluación de la naturaleza y el alcance del problema.

TERAPEUTA: Estoy tratando de comprobar si los momentos que más disfruta son aquellos en que está activamente comprometido con una actividad que requiere cierta atención.

MARK: Sí, eso es verdad.

TERAPEUTA: ¿Es un problema que también interfiere con su estado de ánimo y su desempeño de las tareas en el trabajo?

MARK: Sí, exactamente. Llego a mi oficina y parece que el tiempo voló. Pasan las horas y no he hecho una maldita cosa. Estuve divagando una y otra vez en las cosas que sucedieron con Diana, lo que dije, lo que pude haber dicho. ¡Es espantoso!

TERAPEUTA: Bien, ahora sabemos que éste es un problema importante que debemos abordar. Le está impidiendo disfrutar los momentos que podrían mejorar su estado de ánimo y también está interfiriendo con su desempeño en el trabajo. ¿Podemos dedicar un poco más de tiempo a lo que sucedió en la fiesta?

MARK: Está bien.

TERAPEUTA: Si no estuviera pensando en todas esas cosas ¿cómo se sentiría normalmente al platicar con la familia de Mary? ¿Qué diferencia vería yo entre esos momentos y lo que podría haber observado el viernes?

MARK: Estaría hablando con todos y no me sentiría tan mal.

TERAPEUTA: Sí, eso es correcto. Lo que en realidad me causa curiosidad es ¿qué haría usted de manera diferente si no se sintiera tan mal? ¿Les haría más preguntas? ¿Haría más contacto visual? ¿Respondería de manera distinta?

MARK: Sí, todas esas cosas. Sería más activo en la conversación.

TERAPEUTA: Entonces estaría más comprometido.

MARK: Sí, más comprometido. Con menos sensación de molestia, usted sabe, ese sentimiento de “esto apesta”.

En la parte precedente de la sesión, la terapeuta empezó a definir conductualmente lo que hace Mark en las interacciones interpersonales cuando no se siente deprimido. La especificación cuidadosa de esas conductas es un paso importante en el desarrollo de algunos planes para modificar la forma en que Mark se acerca a situaciones similares.

TERAPEUTA: ¿Cree que se sentiría mejor si pudiera practicar, cuando no se sintiera deprimido, una plática más parecida a como suele hablar con esa gente?

MARK: No lo sé.

TERAPEUTA: Me parece que la clave es fijarse en lo que hace en respuesta a la rumiación y ver si eso ayuda o no a su estado de ánimo, y que luego empecemos a explorar qué necesita hacer de manera diferente. Parece que lo que usted hacía en la fiesta cuando su estado de ánimo era mejor, era estar más comprometido.

MARK: Es verdad. Pero cuando me siento así no tengo mucho que decir.

TERAPEUTA: Sí, cuando está deprimido está más callado y retraído.

MARK: Sí, porque es doloroso. Veo a los padres de Mary y pienso, "Han estado casados durante 30 años. Pude haber tenido eso con Diana". Luego empiezo a pensar que ella está con alguien más. Y a partir de ahí todo es cuesta abajo.

TERAPEUTA: Eso es absolutamente correcto. Hay mucho dolor ahí. Y lo que sucedió fue que en respuesta a ese dolor usted disminuyó la actividad en su vida. Entonces no sólo siente el dolor por el recuerdo de la pérdida, sino que no hay mucho más que ocurra en su vida. E incluso cuando hace cosas, no se compromete mucho porque siente mucho dolor. Creo que necesitamos que regrese a hacer las cosas que hacía antes de la ruptura e incluso antes de que estuvieran juntos. Es necesario que regrese a su línea base, y una vez que lo hayamos logrado, podemos averiguar cómo hacer que se sienta aun mejor.

MARK: Suena bien.

TERAPEUTA. Sé que está pensando que esto es como una quimera, pero podemos descubrir cómo lograrlo. La clave es identificar algunos pasos concretos que pueda manejar y que lo ayuden a comprometerse más cuando realice algunas de esas actividades, como ir a la fiesta. Tiene razón. Es muy difícil hacerlo cuando no se siente bien, pero esas conductas son en parte la razón de que en el pasado disfrutara más esas ocasiones. Sabemos que en el pasado le gustaba estar con Mary y su familia, y sabemos que le gustaba mucho nadar cuando su mente estaba totalmente presente en la actividad. Entonces el truco no es sólo llamar a sus amigos, como lo hizo tan bien con Mary, sino también ir a la reunión e interactuar de verdad en lugar de sólo estar presente en la fiesta. Para las ocasiones en que se descubre retraído en sus pensamientos, necesitamos desarrollar estrategias específicas que lo ayuden a no hacerlo tanto. ¿Puede pensar en algo que nos ayude a lograrlo?

MARK: No lo sé. Al parecer en esos días no tengo mucho que decir.

TERAPEUTA: Sé que es difícil. Hay muchas cosas que podría intentar, como hacer más preguntas y luego prestar mucha atención a las respuestas. O podría concentrarse en algo más específico, como la voz o la expresión facial, para impedir que su mente divague. En ocasiones funciona el sólo hecho de darse cuenta de que empezó a divagar y respirar profundo para reenfocarse en su meta en ese momento.

MARK: Supongo que puedo intentarlo. Mi mente parece mantenerse a la deriva.

TERAPEUTA: Lo sé. De modo que su trabajo será practicar estar más vigilante del momento en que suceda, porque sucederá. Entre más se percate de que está divagando, más puede practicar volver a concentrarse en su amigo. ¿Su mente divaga cuando está aquí?

MARK: Supongo que un poco.
TERAPEUTA: ¿Por qué no lo intentamos aquí? Vamos a elegir algo en lo que pueda concentrarse y luego puede practicarlo aquí.
MARK: Muy bien, ¿Qué debo hacer?
TERAPEUTA: Voy a cronometrar nuestra conversación durante los siguientes cinco minutos. Quiero que practique involucrarse por completo en nuestra discusión. Puedo suponer que su mente va a empezar a divagar, en especial si hablamos de cosas que le recuerdan a Diana. De modo que debemos elegir algo en lo que pueda concentrarse para que regrese su atención a nuestra conversación. ¿Qué le parece el sonido de mi voz, como cambios en el tono, la forma en que articulo las palabras, el ritmo de mi conversación?
MARK: Puedo intentarlo.
TERAPEUTA: Genial. Entonces vamos a hablar de algunas opciones de contactos sociales que podría hacer este fin de semana.

Ambos continuaron la discusión durante los siguientes minutos, momento en que la terapeuta interrumpió la conversación para pedir a Mark retroalimentación sobre su experiencia.

TERAPEUTA: ¿Qué advirtió?
MARK: No lo sé, quizá que usted hablaba en voz baja.
TERAPEUTA: ¿Qué tan involucrado estaba en nuestra discusión? ¿Por qué no me da una calificación en que 0 sea nada involucrado y 10 totalmente involucrado?
MARK: Supongo que podría ser 7. No fue tan difícil aquí porque estaba realmente concentrado. Supongo que empecé a pensar un poco en Diana cuando hablábamos de mi llamada a Mary. Recordé que debía prestar atención a su voz y supongo que parecía muy interesada. Me resultó difícil perderme en mis pensamientos cuando usted parecía prestar tanta atención a lo que hablábamos.
TERAPEUTA: Esa fue mi impresión también, que su compromiso fue en general alto, y que aparentemente reenfocó su atención un par de veces. ¡Es fantástico!
MARK: Sí, pero fue un poco extraño. Quiero decir, por lo general la gente no está tan concentrada cuando habla de cosas usuales.
TERAPEUTA: Eso es muy cierto. Yo podría estar prestando más atención a lo que usted hacía y decía de lo que suelen hacer otras personas en las interacciones sociales típicas. Y en general esto puede parecer muy artificial. Sin embargo, creo que una vez que logre involucrarse más en las interacciones sociales, no será necesario concentrarse tanto. Volverá a darse de manera automática.
MARK: Eso tiene sentido.

La terapeuta generó así una estrategia para bloquear la evitación (la rumiación) sustituyéndola por una nueva conducta consistente en atender a la experiencia directa e inmediata. Aunque en este caso Mark experimentó con dirigir su atención a estímulos

interpersonales, también puede indicarse a los clientes que presten atención a otros aspectos de los estímulos sensoriales, como vistas, olores, entre otros. La importancia del repaso conductual dentro de la sesión estriba en que permite que el cliente practique y reciba retroalimentación directa del terapeuta, dos condiciones que incrementan la probabilidad de éxito fuera de la sesión. La terapeuta regresa luego a la tarea de revisar la tarea específica y desarrollar tareas conductuales para la siguiente sesión.

TERAPEUTA: Regresemos a su decisión de no salir todo el fin de semana. ¿Le parece que salir a comprar el libro era demasiado difícil? ¿Existe algo más sencillo que pudiera hacer para ayudarlo a involucrarse un poco más este fin de semana?
MARK: No estoy seguro. ¿Qué tan difícil puede ser salir y comprar un libro?
TERAPEUTA: Muy difícil cuando uno está verdaderamente deprimido. Pensemos en pasos más pequeños. Si puede dar un paso más pequeño y obtener un poco de reforzamiento por ello, entonces se hará más sencillo avanzar hacia su meta.

La terapeuta y el cliente continuaron en esa dirección con la asignación de la tarea graduada. Dado que Mark disfrutaba antes de la socialización, pudo idear con la terapeuta un plan para ese fin de semana, que empezaría por regresar algunas llamadas telefónicas de sus amigos e invitar a Mary a almorzar. Durante el almuerzo se concentraría específicamente en prestar atención a su conversación. La terapeuta también planteó la posibilidad de nadar como ejercicio de actividad. Mark dijo que creía que su plato ya estaba lleno con las tareas que habían desarrollado y decidieron posponer la discusión de la natación. La terapeuta usó luego los momentos finales de la sesión para revisar la tarea, alentar el progreso, validar la dificultad del cambio y reforzar el modelo básico del tratamiento.

Sesión 5

Al inicio de la sesión Mark reportó que su estado de ánimo había mejorado y la terapeuta lo incluyó como un elemento de la agenda. Su discusión permitió que la terapeuta enfatizara un punto importante acerca de mantener las nuevas conductas en rutinas sistemáticas y regulares. En esta sesión la terapeuta siguió enfatizando el patrón de contactos sociales y evaluando factores que incrementaban la vulnerabilidad de Mark a la exacerbación del estado de ánimo cuando estaba solo.

TERAPEUTA: ¿Podemos tratar de entender con más detalle a qué se debe que se esté sintiendo mejor?
MARK: Creo que el plan de lectura está ayudando. Terminé el libro.
TERAPEUTA: ¡Genial! Entonces es probable que necesite otro libro.
MARK: *(Riendo)* Supongo que es verdad. ¿No cree que el primero haya resuelto el problema?
TERAPEUTA: *(Riendo)* ¡Como me gustaría que fuera el caso! Pero, ya en serio Mark, me parece que esa es una pregunta muy importante. Cuando uno empieza a sentirse mejor se presenta la tentación de alejarse de algunas de las cosas que nos están

ayudando. Tiene sentido porque hacer esos cambios requiere mucho esfuerzo, lo sé. Pero es muy importante mantener las rutinas.

MARK: Es verdad. En realidad pienso que lo he hecho bastante bien esta semana. He logrado hacer contacto con otras personas.

TERAPEUTA: Eso es fantástico.

MARK: Y Mary me llamó de nuevo. Entonces, supongo que no hice lo que habíamos hablado en términos de llamarla, pero la invité a almorzar cuando me llamó. En realidad no quería hacerlo porque me sentía deprimido cuando llamó; acababa de recibir una carta del abogado acerca de alguna nueva cuestión monetaria con Diana. Pero invité a Mary y llevé también a las niñas. Creo que lo disfrutaron mucho. Me concentré en hacerle muchas preguntas durante el almuerzo, y creo que eso también fue de ayuda.

TERAPEUTA: Mark, ¡definitivamente tuvo más contacto social en los últimos días! Está haciendo gran parte de este tratamiento, que consiste en actuar de acuerdo con las metas y planes que planteamos aquí en lugar de ser dirigido por cómo se siente en el momento.

MARK: Lo intenté.

TERAPEUTA: ¡Lo logró! Habló de almorzar con un compañero del trabajo. ¿Lo hizo?

MARK: Lo hice.

TERAPEUTA: ¡Hizo muchísimo! Eso es genial. Muy bien, quizá esté empujando nuestra suerte pero, ¿qué opina de agregar la natación a nuestra agenda?

MARK: Sabía que me lo iba a preguntar de nuevo.

TERAPEUTA: *(Riendo)* Me conoce muy bien. ¿Qué piensa al respecto?

MARK: Probablemente sea una buena idea. En realidad las niñas quieren tomar una clase de natación los fines de semana, yo podría llevarlas y al mismo tiempo nadar un poco en la otra piscina.

TERAPEUTA: ¡Fantástico! ¿Las tendrá con usted este fin de semana? ¿Podemos programarlo para este fin de semana?

MARK: Sí, me parece que sería de ayuda.

TERAPEUTA: Mark ¿considera que volver a hacer contacto con la gente y algunas de esas actividades, como la lectura, están relacionadas con la mejoría en su estado de ánimo?

MARK: Sí, definitivamente eso tiene mucho que ver. Todavía no estoy seguro de que todo esto nos lleve al verdadero problema, pero tiene razón en que ayuda.

TERAPEUTA: Entonces debemos hablar también de eso. Antes de que pasemos a eso, ¿hay otra cosa que considere que está contribuyendo a su estado de ánimo positivo o es principalmente el hecho de tener más contacto social que para usted es reforzante?

MARK: Es el contacto social y el hecho de tratar de distraerme con la lectura.

TERAPEUTA: ¡Es estupendo! Y también un buen recordatorio. Hablaremos un poco sobre el otro libro y sobre cómo mantener ese programa.

En este punto, la terapeuta y Mark se concentraron en desarrollar un plan específico para

elegir y comprar un nuevo libro a fin de continuar la rutina de la lectura. A continuación, respondió los comentarios de Mark sobre si las intervenciones están abordando las cuestiones más importantes.

TERAPEUTA: Respecto con lo que mencionó antes sobre el verdadero problema… Tengo curiosidad por saber a qué se refería.

MARK: Supongo que todavía pienso mucho en Diana. Creo que hay una parte de mí que debe dejarla ir, pero todavía no lo logro. He pensado, me he preguntado "¿Habrá alguna oportunidad para nosotros? ¿Qué fue lo que hice que lo arruinó todo?" Y luego empiezo a pensar, "¿Esto es todo lo que tengo hoy, almorzar con gente, leer solo por la noche?" Usted sabe, el tipo de cosas en que nos hemos estado enfocando… No lo sé. ¿En realidad eso va a arreglar algo?

TERAPEUTA: Mark, sé que parece que todo esto en realidad no está llegando al verdadero problema en términos de lo que piensa sobre Diana, y estoy de acuerdo en que es muy importante hablar de eso. Al mismo tiempo, no quiero que perdamos de vista el hecho de que esas otras cosas hacen una diferencia enorme. Es importante que usted vuelva a conectarse con las cosas que mantenían a flote su estado de ánimo antes de empezar a afrontar algunos de los problemas pasados y los que todavía se presentan con Diana. Además, pienso que averiguaremos que existen algunos patrones similares, por lo que quizá las formas en que se ha alejado de otra gente desde que se deprimió tienen alguna relación con lo que sucedió con Diana.

MARK: Eso es cierto, supongo que no están del todo separadas.

TERAPEUTA: ¿Me está diciendo que ahora es momento de empezar a enfocar nuestro tiempo más directamente en esos temas?

MARK: Así lo creo. Tal vez yo tengo mayor consciencia de ello porque me siento un poco mejor. Supongo que me pregunto más a menudo "¿Esto es todo lo que hay ahora?" De ser así, me parece que eso sería una maldita vida solitaria.

La terapeuta y Mark terminaron la sesión revisando las tareas asignadas. Además, estuvieron de acuerdo en que la siguiente sesión planearían un regreso a las preguntas importantes de Mark.

Sesiones 6 a 9

En la siguiente serie de sesiones, la terapeuta y Mark regresaron a la pregunta que hizo el cliente en la quinta sesión. En sesiones repetidas reportó mejorías en su estado de ánimo relacionadas con el progreso en los proyectos para casa, el ejercicio y a que había aumentado sus contactos sociales en círculos casuales y de amigos. Esas áreas de progreso se reflejaron sistemáticamente en sus formatos de Registro de Actividad, que ahora se dirigían específicamente a las áreas de participación social, lectura y natación (figura 9-4). (Esta versión del Registro de Actividad puede considerarse cuando los objetivos de la activación son claros y bien desarrollados, y no se requiere la información detallada obtenida a través de la supervisión hora a hora. También puede usarse en

clientes a quienes les resulta difícil el Registro de Actividad más detallado.

Tarea	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Lectura	✓	✓	✓	✓			✓
Entrar en contacto con otras personas	✓	✓	✓			✓	✓
Natación						✓	✓
Estado de ánimo	5	5	5	6	8	3	3

Figura 9-4. Muestra de un Registro de Actividad completado (diariamente).

Incluso en las áreas claras de mejoría en la activación y el estado de ánimo, Mark informó que su estado de ánimo era vulnerable a su tendencia a rumiar frecuentemente con su ex esposa. Igual a lo que hicieron en relación con ver televisión y la rumiación durante las interacciones sociales, desarrollaron algunas hipótesis iniciales sobre las consecuencias de la rumiación de Mark relacionada con su ex esposa.

TERAPEUTA: ¿Será posible que la rumiación sea en sí misma una forma de evitación? Es como si su mente se quedara pegada en un formato de registro roto. No deja de recordar lo que hizo mal, lo que podría haber hecho, y uno de los efectos es que en realidad está evitando las emociones dolorosas relacionadas con la pérdida de la relación, y tal vez también evita la posibilidad de explorar nuevas relaciones.

MARK: Parece que no puedo tolerar la pérdida. Es lo que no puedo aceptar, que esté perdida. Sigo pensando que quizá existe alguna forma de recuperarla, aunque sé que no la hay. Ni siquiera podemos comunicarnos en relación con la atención médica de las niñas sin un abogado.

TERAPEUTA: Entonces, en cierto sentido la rumiación puede ser una forma de evitar el duelo y la tristeza. Me pregunto si parte de esto viene de lo que aprendió sobre cómo afrontar las pérdidas importantes después de que su papá se fue. Parece que nadie habló de eso y que usted quedó atrapado en el pensamiento de que pudo ser responsable. Me pregunto si es difícil saber qué hacer emocionalmente justo ahora.

MARK: Por supuesto que tiene razón respecto a lo que sucedió cuando yo era niño.

TERAPEUTA: Entonces podríamos experimentar con la posibilidad de dedicar tiempo a la tristeza y la pérdida.

MARK: No lo sé. Pensar en ella y en lo que perdí me parece abrumador. Lo único que quiero es terminar con eso y seguir adelante.

TERAPEUTA: Lo sé. ¡Exactamente! El problema es que al parecer la rumiación le impide avanzar. En lugar de avanzar a otras relaciones u otras ocupaciones en su vida,

su mente sigue recordando lo que sucedió y lo que no sucedió con Diana.

MARK: No sé si estoy listo para otras relaciones.

TERAPEUTA: Entonces, ¿piensa que si no rumiara tanto sentiría más temor?

MARK: Cuando pienso en iniciar otra relación… Usted sabe, pienso que de hecho hay una persona en el trabajo que está interesada en salir conmigo, pero esa ha sido parte de la razón por la que me he abstenido de hacer cosas con ella. Ella me invitó a almorzar un par de veces. Es solo que no quiero estar de vuelta en el mismo lugar dentro de dos años. No puedo pasar por todo de nuevo y tampoco quiero exponer a mis hijas.

TERAPEUTA: Entonces, es posible que la rumiación tenga el efecto de mantener a raya tanto los sentimientos de pérdida relacionados con Diana, como los temores por pérdidas futuras.

La terapeuta también enfatizó la importancia de continuar los planes de activación desarrollados en sesiones anteriores para mantener las rutinas adaptadas y mejorar el estado de ánimo. En particular, destacaron la necesidad de prestar atención sistemática al contacto social, el ejercicio y la lectura. Además, discutieron con mayor detalle el regreso de Mark al grupo de escritores, empezando por descomponer la tarea mayor en piezas que pudiera manejar. El trabajo en esos objetivos constituye la mayor parte de la parte intermedia del tratamiento. Conforme Mark empezó a abordar más directamente sus sentimientos de pérdida y continuó su trabajo en los contactos sociales, el ejercicio, y a limitar el tiempo que ve televisión, también empezó a expresar interés en salir de nuevo con alguien.

Sesiones 10 a 15

En esta parte del tratamiento, ambos empezaron a abordar directamente la perspectiva de que Mark desarrollara nuevas relaciones íntimas, específicamente con una mujer de su trabajo hacia la que se sentía atraído. Exploraron qué necesitaba hacer Mark para aproximarse a empezar una nueva relación en lugar de evitar su miedo, y la terapeuta propuso la hipótesis de que el estilo de rumiación de Mark había evitado que aprendiera de sus patrones de acción en relaciones pasadas. La terapeuta usó el acrónimo TRAP/TRAC para ayudar a Mark a reconocer las condiciones en que su evitación era probable (la trampa o TRAP) para luego involucrarse en una conducta de afrontamiento más adaptada que lo regresara al sendero (TRAC). Por ejemplo, Mark dijo que cuando veía a la mujer en el trabajo (desencadenante), empezaba a sentirse nervioso (respuesta) y no hablaba con ella o restringía su conversación a temas superficiales del trabajo (el patrón de evitación). Su alternativa de afrontamiento en las mismas condiciones implicaba preguntarle si le gustaría tomar un café. Las sesiones se enfocaron luego en examinar en detalle lo que Mark podría aprender de su anterior matrimonio que pudiera ser útil para las relaciones futuras. El siguiente diálogo ofrece un ejemplo de los temas de atención en que se enfocaron las sesiones.

MARK: Una de las cosas que sucedía mucho con Diana es que nunca sentí estar realmente presente con ella o con las niñas. Era como si estuvieran juntas en este pequeño mundo y de alguna manera yo siempre estaba en el exterior. A menudo pensaba que debería ponerme más en el centro, decir más lo que pensaba, pero no lo hice. Nunca lo hice.

TERAPEUTA: ¿Eso le causaba conflictos con ella?

MARK: Sí, por supuesto. Fue una de las cosas que dijo cuando terminó las cosas. Estar en el exterior es una cosa muy grande para mí.

TERAPEUTA: Específicamente ¿qué involucra estar en el exterior? ¿Cómo podría yo saber que lo está haciendo?

MARK: Simplemente no estoy dispuesto a hablar de cosas. Ella siempre dijo que era como si en realidad yo no estuviera dentro o fuera de nada, como si todo el tiempo estuviera en la cerca.

TERAPEUTA: ¿Puede pensar en un ejemplo específico en que eso fuera un problema?

MARK: Bueno, a mi madre y a mis hermanos nunca les agradó mucho Diana, pero no hice mucho para defenderla ante ellos, sólo dejé que las cosas se desarrollarán…

TERAPEUTA: Entonces ¿eso pudo ser una trampa (TRAP) con ella? ¿fue un desencadenante que usted pensara que ella quería algo de usted en términos de su compromiso?

MARK: Sí, eso fue, porque terminé por sentirme realmente abrumado por eso.

TERAPEUTA: Y el patrón de evitación fue el retraimiento.

MARK: Eso hice. Simplemente retrocedí y dejé que ella manejara toda la escena con mi familia.

TERAPEUTA: Entonces, con su compañera, si ahora tuviera que tomar posición con ella ¿cómo sería? ¿Cuál sería la alternativa de afrontamiento?

MARK: No tengo idea.

TERAPEUTA: ¿Cree que es un desencadenante similar?

MARK: Quizá, porque creo que ella se está preguntando qué pasa conmigo. Si estoy interesado o no.

TERAPEUTA: ¿Ha sido claro con ella respecto a si está interesado en salir con ella?

MARK: No del todo. Hablamos a menudo en el trabajo, pero no puedo decir que en realidad le haya dicho gran cosa.

TERAPEUTA: ¿Le gustaría invitarla a salir?

MARK: Sí, supongo que me gustaría.

TERAPEUTA: ¿Por qué no pensamos en algunas cosas específicas que pudiera decir como alternativas a retirarse y practicamos algunas de ellas?

En esas sesiones, la terapeuta y Mark definieron, en términos muy específicos y concretos, los tipos de conductas asociadas con la disminución de la satisfacción y calidad de su primer matrimonio. Por ejemplo, la siguiente pregunta de la terapeuta para Mark es una pregunta central que se plantea repetidamente en el curso de la activación conductual; "¿Específicamente qué implica estar en el exterior? ¿A qué se parece?

¿Cómo podría yo saber si está haciendo eso?" La terapeuta enfatiza la identificación de conductas claras, específicas y observables al analizar las conductas y definir las metas. Luego, la terapeuta y Mark trabajaron en la identificación de estrategias específicas que él pudiera usar para practicar conductas alternativas al buscar una relación futura. Siguieron usando el marco TRAP/TRAC para examinar situaciones que pudieran surgir y la respuesta de Mark, y para orientarlo hacia una aproximación más comprometida a las relaciones interpersonales íntimas. Cuando Mark empezó a salir con una nueva pareja, tuvieron una gran oportunidad de revisar y perfeccionar las estrategias mediante las tareas de activación que pretendían ayudarlo a ser directo y estar presente en las interacciones íntimas.

Sesiones 16 a 19

Para la sesión 16, la terapeuta y Mark acordaron que habían concluido la mayor parte del trabajo de comprender y resolver los problemas de la depresión de Mark en términos del contexto único de su vida y los patrones de respuesta de evitación que mantenían su depresión. Mark se activó con éxito en relación con sus conductas problema secundarias (p. ej., incrementó la lectura, el ejercicio, los contactos sociales y los proyectos alrededor de la casa, y disminuyó el tiempo que veía televisión) y empezó a dar los pasos hacia la solución de los problemas de duelo y temor a la intimidad a través del inicio de una nueva relación.

Por consiguiente, las últimas sesiones del tratamiento se enfocaron en la revisión y consolidación de los temas y métodos usados en la terapia. En concreto, la terapeuta y Mark reconocieron la importancia de continuar la práctica de sus nuevas habilidades para bloquear la rumiación prestando atención a metas inmediatas y a su experiencia directa e inmediata, y para ser más directo y expresivo con su nueva pareja. Además, terapeuta y cliente hicieron una revisión cuidadosa de cómo Mark había aprendido a usar por sí mismo los fundamentos de la activación conductual. Juntos revisaron cómo podría saber que empezaba a sentirse deprimido o a involucrarse en un patrón de respuesta de evitación.

También revisaron pasos específicos que podría dar para empezar a supervisar su estado de ánimo y sus actividades, y a generar conductas alternativas de afrontamiento para resolver problemas. También identificaron algunas conductas alternativas específicas que eran excepcionalmente útiles para romper el círculo vicioso de la depresión, evitación y alejamiento; esas conductas antidepresivas incluían, por ejemplo, hacer ejercicio, llamar a un amigo y leer. Mark dijo que se sentía bien equipado con esas herramientas y las oportunidades que había tenido de practicarlas en la terapia. También informó sentirse animado por los cambios positivos que ya había logrado en su vida. Terminó el tratamiento expresando optimismo respecto con su futuro y agradeció cálidamente a la terapeuta por el trabajo que hicieron juntos. Con el tiempo, Mark mantuvo las ganancias que obtuvo en el tratamiento. Estableció una nueva relación con una mujer y en el curso del año siguiente se comprometieron. Él siguió practicando muchas de las habilidades que había aprendido en la terapia en el contexto de esta nueva relación, con sus hijas y con

sus compañeros y amigos.

Resumen del caso

El curso del tratamiento con Mark ofrece un ejemplo de muchos de los principios y estrategias principales de la activación conductual. El tratamiento se derivó del análisis funcional cuidadoso y continuo de los problemas clave que Mark presentaba, lo que a su vez permitió que la terapeuta desarrollara la conceptualización del caso. Este trabajo se realizó en colaboración con Mark durante las sesiones y también fue tema continuo de atención en las reuniones del equipo de consulta clínica del que formaba parte la terapeuta de Mark. Durante el tratamiento la terapeuta utilizó una variedad de estrategias específicas, incluyendo el establecimiento de metas, automonitoreo, asignación de tareas graduadas, solución de problemas, repaso conductual y atención a la experiencia. También abordó una serie de objetivos importantes del tratamiento que se observan con frecuencia en la activación conductual, entre los que se encuentran la evitación interpersonal, la rumiación y la alteración de la rutina.

En general, la terapeuta trabajó como entrenadora durante la terapia, ayudando a Mark a iniciar pasos específicos de solución de problemas para superar patrones de evitación y comprometerse en actividades. También le enseñó a Mark a identificar las relaciones entre actividad y estado de ánimo de modo que pudieran aprender juntos dónde enfocar el tiempo y la atención. Utilizó estrategias EPANVIE dentro de cada sesión; mantuvo la estructura de cada sesión y el curso general del tratamiento, con atención sostenida en aprender y emprender acción juntos. Mantuvo una aproximación objetiva, no crítica y de solución de problemas hacia el reto de tratar la depresión y las dificultades surgidas durante la terapia de Mark, respondiendo con calidez, ánimo y comprensión. De manera sistemática se basó en el modelo de la activación conductual, reconociendo la dificultad de cambiar cuando se está deprimido y la importancia de la acción, en especial cuando el estado de ánimo es bajo. Regresó de manera regular y persistente al foco de activación de los objetivos de cambio seleccionados y trabajó en equipo con Mark para ayudarlo a aprender cómo construir una vida que fuese rica y gratificante.

CONCLUSIÓN

En este capítulo se presentan la base conceptual y los detalles prácticos requeridos para usar la activación conductual con clientes deprimidos. La activación conductual, que evolucionó de los cimientos establecidos por el trabajo de Ferster, Lewinsohn y Beck, destaca la importancia de la atención directa y sostenida en el cambio conductual. La activación conductual pretende ayudar a los clientes a tornarse activos y comprometidos en sus vidas de forma que disminuyan la depresión actual y ayuden a prevenir episodios futuros. En la activación conductual los terapeutas ayudan a clientes deprimidos a incrementar las actividades que les proporcionan mayor recompensa y a resolver problemas importantes. Tanto la investigación de resultados como otras líneas convergentes de indagación empírica sugieren que la activación conductual es un tratamiento potencialmente eficaz para la depresión (Dimidjian *et al.,* 2011). La investigación futura examinará con mayor detalle el proceso de cambio en la activación conductual y la facilidad con que este enfoque puede ser llevado a una gran variedad de escenarios de la práctica clínica.

REFERENCIAS

Acierno, R., Rheingold, A., Amstadter, A., Kurent, J., Amella, E., Resnick, H., et al. (2012). Behavioral activation and therapeutic exposure for bereavement in older adults. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 29*(1), 13–25.

Addis, M. E., & Carpenter, K. M. (2000). The treatment rationale in cognitive behavioral therapy: Psychological mechanisms and clinical guidelines. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*(2), 147–156.

Addis, M. E., & Martell, C. R. (2004). *Overcoming depression one step at a time: The new behavioral activation approach to getting your life back*. Oakland, CA: New Harbinger.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Armento, M. E. A., & Hopko, D. R. (2007). The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, validity, and reliability. *Behavior Therapy, 38*, 107–119.

Armento, M. E. A., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation of a breast cancer patient with coexistent major depression and generalized anxiety disorder. *Clinical Case Studies, 8*(1), 25–37.

Barraca, J., Pérez-Álvarez, M., & Lozano Bleda, J. H. (2011). Avoidance and activation as keys to depression: Adaptation of the Behavioral Activation for Depression Scale in a Spanish sample. *Spanish Journal of Psychology, 14*(2), 998–1009.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackman, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 288–298.

Carvalho, J. P., Gawrysiak, M. J., Hellmuth, J. C., McNulty, K., Magidson, J. F., Lejuez, C. W., et al. (2010). The reward probability index: design and validation of a scale measuring access to environmental reward. *Behavior Therapy, 42*(2), 249–262.

Christopher, M. S., Jacob, K. L., Neuhaus, E. C., Neary, T. J., & Fiola, L. A. (2009). Cognitive and behavioral changes related to symptom improvement among patients with a mood disorder receiving intensive cognitive-behavioral therapy. *Journal of Psychiatric Practice, 15*(2), 95–102.

Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A metaanalysis. *Clinical Psychology Review, 27*, 318–326.

Cullen, J. M., Spates, C. R., Pagoto, S. L., & Doran, N. (2006). Behavioral activation treatment for major depressive disorder: A pilot investigation. *Behavior Analyst Today, 7*, 151–166.

Curran, J., Lawson, P., Houghton, S., & Gournay, K. (2007). Implementing behavioural activation in inpatient psychiatric wards. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 2*(2), 28–35.

Daughters, S. B., Braun, A. R., Sargeant, M. N., Reynolds, E. K., Hopko, D. R., Blanco, C., et al. (2008). Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: The Life Enhancement Treatment for Substance Use (LETS Act!). *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(1), 122–129.

Dimidjian, S. (2011, July). *Behavioral activation*. Workshop presentation at Sangath, Goa, India.

Dimidjian, S., Barrera, M., Jr., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 1–38.

Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658–670.

Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of

relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 468–477.
Ekers, D. M., Dawson, M. S., & Bailey, E. (2013). Dissemination of behavioural activation for depression to mental health nurses: training evaluation and benchmarked clinical outcomes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20*(2), 186–192.
Ekers, D., Richards, D., & Gilbody, S. (2008). A metaanalysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine, 38*(5), 611–623.
Ekers, D., Richards, D., McMillan, D., Bland, J. M., & Gilbody, S. (2011). Behavioural activation delivered by the non-specialist: Phase II randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 198*(1), 66–72.
Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist, 28*, 857–870.
Ferster, C. B. (1981). A functional analysis of behavior therapy. In L. P. Rehm (Ed.), *Behavior therapy for depression: Present status and future directions* (pp. 181–196). New York: Academic Press.
First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbons, M., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. (1996). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
Foa, E. B., Rothbaum, B. O., & Furr, J. M. (2003). Augmenting exposure therapy with other CBT procedures. *Psychiatric Annals, 33*, 47–53.
Gawrysiak, M., Nicholas, C., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology, 56*(3), 468–475.
Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders, 49*, 59–72.
Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist, 54*, 493– 503.
Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 377–384.
Gros, D. F., & Haren, W. B. (2011). Open trial of brief behavioral activation psychotherapy for depression in an integrated Veterans Affairs primary care setting. *Primary Care Companion to CNS Disorders, 13*(4).
Hamilton, M. A. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 23*, 56–61.
Hayes, A. M., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1996). Effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 623–627.
Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Robertson, S., Ryba, M. M., Carvalho, J. P., Colman, L. K., et al. (2011). Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: Randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(6), 834–849.
Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy, 42*(2), 236–243.
Hopko, D. R., Lejuez, C. W., & Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies, 3*(1), 37–48.
Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression: A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification, 27*, 458–469.
Hopko, D. R., Sanchez, L., Hopko, S. D., Dvir, S., & Lejuez, C. W. (2003). Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviors in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 17*(5), 460–478.
Houghton, S., Curran, J., & Saxon, D. (2008). An uncontrolled evaluation of group behavioural activation for depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(2), 235–239.
Hubley, S., Woodcock, E. A., Dimeff, L. A., & Dimidjian, S. (in press). Disseminating behavioural activation for depression via online training: Preliminary steps. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*.
Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A

component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295–304.

Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 255–270.

Jakupcak, M., Roberts, L. J., Martell, C., Mulick, P., Michael, S., Reed, R., et al. (2006). A pilot study of behavioral activation for veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 19*(3), 387–391.

Kanter, J. W., Hurtado, G. D., Rusch, L. C., Busch, A. M., & Santiago-Rivera, A. (2008). Behavioral activation for Latinos with depression. *Clinical Case Studies, 7*(6), 491–506.

Kanter, J. W., Mulick, P., Busch, A. M., Berlin, K. S., & Martell, C. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADS): Psychometric properties and factor structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 29*(3), 191–202.

Kanter, J. W., Rusch, L. C., Busch, A. M., & Sedivy, S. K. (2009). Validation of the Behavioral Activation for Depression Scale (BADS) in a community sample with elevated depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*(1), 36–42.

Kanter, J. W., Santiago-Rivera, A. L., Rusch, L. C., Busch, M., & West, P. (2010). Initial outcomes of a culturally adapted behavioral activation for Latinas diagnosed with depression at a community clinic. *Behavior Modification, 34*(2), 120–144.

Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*, 606–613.

Lazzari, C., Egan, S. J., & Rees, C. S. (2011). Behavioral activation treatment for depression in older adults delivered via videoconferencing: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(4), 555–565.

Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: Revised treatment manual. *Behavior Modification, 35*(2), 111–161.

Lejuez, C. W., Hopko, D. R., LePage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*(2), 164–175.

Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. M. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157–185). New York: Wiley.

Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Steinmetz Breckenridge, J., & Teri, L. (1984). *The Coping with Depression Course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene, OR: Castalia.

Lewinsohn, P. M., Biglan, A., & Zeiss, A. S. (1976). Behavioral treatment of depression. In P. O. Davidson (Ed.), *The behavioral management of anxiety, depression and pain* (pp. 91–146). New York: Brunner/Mazel.

Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 261–268.

Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L., Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. In S. Reiss & R. Bootzin (Eds.) *Theoretical issues in behavior therapy*, (pp. 331–359). New York: Academic Press.

Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., & Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training, 17*, 322–334.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35year odyssey. *American Psychologist, 57*, 705–717.

MacPherson, L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. K., Rodman, S., Strong, D. R., Kahler, C. W., et al. (2010). Randomized controlled trial of behavioral activation smoking cessation treatment for smokers with elevated depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(1), 55–61.

Mairs, H., Lovell, K., Campbell, M., & Keeley, P. (2011). Development and pilot investigation of behavioral activation for negative symptoms. *Behavior Modification, 35*(5), 486–506.

Manos, R. C., Kanter, J. W., & Busch, A. M. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychology Review, 30*, 547–561.

Manos, R. C., Kanter, J. W., & Luo, W. (2011). The Behavioral Activation for Depression Scale–Short Form: Development and validation. *Behavior Therapy, 42*(4), 726–739.

Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.

Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*: Guilford Press.

Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatment of depression in adults: A metaanalysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*, 383–411.

McCauley, E., Schloredt, K., Gudmundsen, G., Martell, C., & Dimidjian, S. (2011). Expanding behavioral activation to depressed adolescents: Lessons learned in treatment development. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(3), 371–383.

Meeks, S., Looney, S. W., Van Haitsma, K., & Teri, L. (2008). BE-ACTIV: A staff-assisted behavioral intervention for depression in nursing homes. *The Gerontologist, 48*(1), 105–114.

Meeks, S., Teri, L., Van Haitsma, K., & Looney, S. (2006). Increasing pleasant events in the Nursing Home Collaborative Behavioral Treatment for Depression. *Clinical Case Studies, 5*(4), 287–304.

Mohammadi, A., & Amiri, M. (2010). Behavioral Activation for Depression Scale: Psychometric properties and confirmatory factor analysis for Persian version. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 16*, 65–73.

Mulick, P. S., & Naugle, A. E. (2004). Behavioral activation for comorbid PTSD and major depression: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*(4), 378–387.

National Institute of Health and Clinical Excellence. (2009). *Depression: The treatment and management of depression in adults*. London: Author.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 504–511.

Pagoto, S., Bodenlos, J. S., Schneider, K. L., Olendzki, B., & Spates, C. R. (2008). Initial investigation of behavioral activation therapy for co-morbid major depressive disorder and obesity. *Psychotherapy Theory Research and Practice, 45*, 410–415.

Porter, J. F., Spates, C. R., & Smitham, S. (2004). Behavioral activation group therapy in public mental health settings: A pilot investigation. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*(3), 297–301.

Quijano, L. M., Stanley, M. A., Petersen, N. J., Casado, B. L., Steinberg, E. H., Cully, J. A., et al. (2007). Healthy IDEAS: A depression intervention delivered by community-based case managers serving older adults. *Journal of Applied Gerontology, 26*(2), 139–156.

Raes, F., Hoes, D., Van Gucht, D., & Kanter, J. W. (2010). The Dutch version of the behavioral activation for depression scale (BADS): Psychometric properties and factor structure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41*, 246–250.

Reynolds, E. K., MacPherson, L., Tull, M. T., Baruch, D. E., & Lejuez, C. W. (2011). Integration of the brief behavioral activation treatment for depression (BATD) into a college orientation program: Depression and alcohol outcomes. *Journal of Counseling Psychology, 58*(4), 555–564.

Ritschel, L. A., Ramirez, C. L., Jones, M., & Craighead, E. (2011). Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(2), 281–299.

Ruggiero, K. J., Morris, T. L., Hopko, D. R., & Lejuez, C. W. (2007). Application of behavioral activation treatment for depression to an adolescent with a history of child maltreatment. *Clinical Case Studies, 6*(1), 64–78.

Schneider, K. L., Pagoto, S. L., Handschin, B., Panza, E., Bakke, S., Liu, Q., et al. (2011). Design and methods for a pilot randomized clinical trial involving exercise and behavioral activation to treat comorbid type 2 diabetes and major depressive disorder. *Mental Health and Physical Activity, 4*(1), 13–21.

Scogin, F., Jamison, C., & Gochneaur, K. (1989). Comparative efficacy of cognitive and behavioral bibliotherapy for mildly and moderately depressed older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 403–407.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.

Snarski, M., Scogin, F., DiNapoli, E., Presnell, A., McAlpine, J., & Marcinak, J. (2011). The effects of behavioral activation therapy with inpatient geriatric psychiatry patients. *Behavior Therapy, 42*(1), 100–108.

Sood, J. R., Cisek, E., Zimmerman, J., Zaleski, E. H., & Fillmore, H. H. (2003). Treatment of depressive

symptoms during short-term rehabilitation: An attempted replication of the DOUR project. *Rehabilitation Psychology, 48*(1), 44–49.

Spates, C. R., Kalata, A. H., Ozeki, S., Stanton, C. E., & Peters, S. (2012). Initial open trial of a computerized behavioral activation treatment for depression. *Behavior Modification, 36*(6), 1–39.

Spek, V., Cuijpers, P. I. M., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A metaanalysis. *Psychological Medicine, 37*(3), 319–328.

Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Smits, N., Riper, H., Keyzer, J., et al. (2008). One-year follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years. *Psychological Medicine, 38*(5), 635–640.

Teri, L., Logsdon, R. G., Uomoto, J., & McCurry, S. M. (1997). Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled clinical trial. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences, 52*, 59–66.

Uebelacker, L. A., Weisberg, R. B., Haggarty, R., & Miller, W. (2009). Adapted behavior therapy for persistently depressed primary care patients: An open trial. *Behavior Modification, 33*(3), 374–395.

Van Voorhees, B. W., Fogel, J., Reinecke, M. A., Gladstone, T., Stuart, S., Gollan, J., et al. (2009). Randomized clinical trial of an internet-based depression prevention program for adolescents (Project CATCH-IT) in primary care: 12week outcomes. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 30*(1), 23–37.

Wagner, A. W., Zatzick, D. F., Ghesquiere, A., & Jurkovich, G. J. (2007). Behavioral activation as an early intervention for posttraumatic stress disorder and depression among physically injured trauma survivors. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*(4), 341–349.

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), I: Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30*, 473–483.

Warmerdam, L., Van Straten, A., Twisk, J., Riper, H., & Cuijpers, P. (2008). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 10*, e44.

Watson, D. L., & Tharp, R. G. (2002). *Self directed behavior*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.

Weinstock, L. M., Munroe, M. K., & Miller, I. W. (2011). Behavioral activation for the treatment of atypical depression: A pilot open trial. *Behavior Modification, 35*(4), 403–424.

Weissman, M. M., & Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry, 33*(9), 1111–1115.

Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M., & Muñoz, R. F. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 427–439.

Zettle, R. D., & Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology, 45*(3), 436–445.

En este capítulo se presenta uno de los desarrollos más notables de toda la psicoterapia. Pocos terapeutas están dispuestos a emprender la difícil y desgarradora tarea de tratar a personas con características "límite", aunque éstas se encuentran entre quienes más ayuda requieren, en cualquier escenario terapéutico, además de suponer una carga enorme para el sistema de atención de la salud. En décadas recientes, Linehan y colaboradores desarrollaron un tratamiento de efectividad demostrable para individuos con trastorno límite de la personalidad (BDP), el cual constituye una de las contribuciones más importantes al arsenal de los psicoterapeutas en tiempos recientes. Una de las características más interesantes de este enfoque es que mezcla en un todo coherente las aproximaciones de regulación emocional, sistemas interpersonales y enfoques cognitivo-conductuales más tradicionales. Linehan agregó a esta mezcla su experiencia en filosofía y religiones orientales, aunque las autoras mantienen su fidelidad a las bases empíricas de su aproximación. El estudio de caso que se presenta en este capítulo ilustra la experiencia terapéutica y la coordinación estratégica de Linehan de una forma que será invaluable para todos los terapeutas que lidian con trastornos de personalidad. El sorprendente y trágico resultado subraya la enorme carga de la responsabilidad clínica inherente a cualquier escenario de tratamiento, así como los problemas prácticos que surgen cuando al final el tratamiento falla. D. H. B.

Los clínicos suelen coincidir en la dificultad y desafío que representa el tratamiento de los clientes con un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (BDP); la estigmatización de dicho trastorno ha generado actitudes negativas, inquietud y preocupación en quienes pueden ofrecer tratamiento (Aviram, Brodsky y Stanley, 2006; Lequesne y Hersh, 2004; Paris, 2005). Quizá resulte más preocupante la incidencia generalmente alta de conducta suicida entre esta población. Aproximadamente 75% de los clientes que cumplen los criterios para un diagnóstico del trastorno límite de la personalidad tiene una historia de intentos suicidas, con un promedio de 3.4 intentos por individuo (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius y Ulrich, 1994). Las amenazas y crisis suicidas

son frecuentes incluso entre aquellos que nunca presentaron conducta suicida o conducta autolesiva no suicida. La ideación suicida también es frecuente y contribuye al inicio y mantenimiento de un estado de ánimo negativo cotidiano (Nisenbaum, Links, Eynan y Heisel, 2010). Aunque buena parte de este comportamiento no tiene consecuencias letales, algunos estudios de seguimiento en individuos con trastorno límite de la personalidad han encontrado tasas suicidas de alrededor de 7 u 8%, y se calcula que el porcentaje de quienes eventualmente cometen suicidio es de 10% (encontrará una revisión en el trabajo de Linehan, Rizvi, Shaw-Welch y Page, 2000). De todos los individuos que han cometido suicidio, entre 7 y 38% cumplían los criterios del trastorno límite de la personalidad, la incidencia más alta ocurría principalmente entre adultos jóvenes con este trastorno (p. ej., Brent *et al.,* 1994; Isometsa *et al.,* 1994).

La letalidad y frecuencia de la conducta suicida parecen relacionarse estrechamente con la impulsividad (Chesin, Jeglic y Stanley, 2000) y el pobre funcionamiento psicosocial (Soloff y Chiappetta, 2012), lo que dificulta decidir a qué debe darse prioridad en el tratamiento. Los individuos con trastorno límite de la personalidad también tienen problemas con la experimentación y expresión del enojo, y es frecuente que dirijan el enojo intenso hacia sus terapeutas. Es claro que la coexistencia del trastorno límite de la personalidad con condiciones del Eje I (p. ej., trastornos de ansiedad o del estado de ánimo) y otros trastornos de personalidad complica aún más el tratamiento. En particular, el trastorno por estrés postraumático produce un mayor deterioro de los individuos con trastorno límite de la personalidad (Harned, Rizvi y Linehan, 2010).

Según la definición de la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) los criterios para el trastorno límite de la personalidad reflejan un patrón generalizado de inestabilidad y disregulación en todas las áreas de funcionamiento. Otros instrumentos usados para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad son la Escala de Evaluación de Zanarini del trastorno límite de la personalidad (ZAN-BDP; Zanarini, 2003), el Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE; Loranger, 1995) y la Entrevista Diagnóstica para los trastornos de personalidad del DSM-IV (DIPD-IV; Zanarini, Frankenburg, Sickel y Yong, 1996). Este trastorno también puede detectarse por medio de la Lista de Síntomas Límite (BSL; Bohus *et al.,* 2001, 2007) y el Instrumento para la Detección del Trastorno Límite de la Personalidad de McLean (MSI-BPD; Zanarini *et al.,* 2003) .

Linehan (1993a), seguida por otros teóricos, propuso que el trastorno límite de la personalidad implica una disregulación generalizada de la emoción (consulte también el trabajo de Conklin y Westen, 2005; Livesley, Jang y Vernon, 1998). De hecho, según el DSM-5 buena parte de las conductas criterio del trastorno límite de la personalidad pueden definirse como consecuencia directa de la disregulación emocional o como respuestas que modulan los estados emocionales aversivos (Linehan, 1993b; McMain, Korman y Dimeff, 2001).

Investigaciones más recientes encuentran que los problemas con la disregulación emocional son comunes en muchos otros trastornos del DSM (Kring y Sloan, 2010). Al

parecer, los patrones de disregulación de la emoción observados en individuos diagnosticados con otros trastornos de salud mental son similares a los percibidos en el trastorno límite de la personalidad. En comparación con los controles, se ha relacionado una mayor sensibilidad y reactividad con el trastorno de ansiedad generalizada (Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2005), la dependencia de fármacos (Thorberg y Lyvers, 2006), el trastorno de ansiedad social y fobias específicas (Etkin y Wager, 2007). Además, la transacción entre vulnerabilidad y un ambiente con entrenamiento insuficiente es similar a las teorías etiológicas presentadas en el trastorno de pánico (Barlow, Allen y Choate, 2004), trastorno de ansiedad generalizada (Mennin, 2004) y algunas fobias específicas (Cisler, Olatunji, Feldner y Forsyth, 2010). Así, es probable que la disregulación emocional generalizada sea relevante para muchas otras poblaciones clínicas, además del trastorno límite de la personalidad.

Este capítulo se enfoca principalmente en describir la terapia dialéctica conductual (DBT) como tratamiento para el trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1993a, 1993b) y de la disregulación generalizada de la emoción. Antes de describir la terapia dialéctica conductual, se revisan otros tratamientos para el trastorno límite de la personalidad y se ofrece información sobre su lógica teórica y los datos que los apoyan (cuando se dispone de dichos datos). Después se presenta el apoyo empírico para la terapia dialéctica conductual como tratamiento para el trastorno límite de la personalidad y la disregulación emocional. A eso le sigue una descripción más detallada de la terapia dialéctica conductual, sus raíces filosóficas, la teoría que le subyace y los protocolos de tratamiento.

RESUMEN DE OTROS MÉTODOS DE TRATAMIENTO

En el tratamiento del trastorno límite de la personalidad se han empleado diversas aproximaciones. Aunque no se pretende presentar una revisión erudita de todos los tratamientos propuestos, se cree que antes de presentar en detalle la terapia dialéctica conductual puede ser útil hacer una revisión breve del estatus de otros enfoques.

Aproximación psicodinámica

Entre las aproximaciones psicodinámicas que en la actualidad reciben más atención se encuentran las de Kernberg (1984; Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr y Appelbaum, 1989), Adler y Buie (1979; Adler, 1981, 1993; Buie y Adler, 1982) y Bateman y Fonagy (2004). Entre ellas, destacan claramente las contribuciones teóricas de Kernberg (1984). Su modelo de relaciones objetales es exhaustivo en relación con la teoría y técnica y tiene considerable influencia en la literatura psicoanalítica. Su psicoterapia expresiva para clientes con "organización límite de la personalidad" (BDO) o trastorno límite de la personalidad, una psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP), enfatiza tres factores principales: interpretación, mantenimiento de la neutralidad técnica y análisis de la transferencia. La terapia se concentra en la exposición y resolución del conflicto intrapsíquico y sus metas incluyen incrementar el control de los impulsos y la tolerancia a la ansiedad, la capacidad para modular el afecto, y el desarrollo de relaciones interpersonales estables. La psicoterapia focalizada en la transferencia usa también una jerarquía de objetivos en el primer año de tratamiento.

Los objetivos son (1) contención de conductas suicidas y autodestructivas, (2) conductas destructoras de la terapia, (3) identificación y recapitulación de los patrones dominantes de las relaciones objetales, tal como se experimentan en la relación de transferencia (Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg, 2007). Kernberg (1984) desarrolló también una importante psicoterapia de apoyo para los clientes gravemente perturbados con organización o trastorno límite de la personalidad. Igual que la psicoterapia expresiva, la psicoterapia de apoyo también enfatiza la importancia de la relación interpersonal en la terapia (transferencia); sin embargo, es menos probable que al inicio del tratamiento se hagan interpretaciones y sólo se exploran las respuestas negativas al terapeuta y la terapia (transferencia negativa). Se espera que ambas psicoterapias, la expresiva y la de apoyo, se prolonguen por varios años y concentren su atención en las conductas suicidas y las que interfieren con la terapia. Los datos que apoyan el uso de la psicoterapia focalizada en la transferencia no son extensos. Clarkin y colaboradores (2007) realizaron un ensayo con control aleatorio en sitios múltiples en que se comparó la psicoterapia con base en la transferencia con el tratamiento más importante de los que tienen fundamento en la evidencia (terapia conductual dialéctica) y con otra psicoterapia psicodinámica diseñada para excluir elementos considerados como el mecanismo de cambio de la psicoterapia con base en la transferencia. Una muestra de individuos de ambos géneros con trastorno límite de la personalidad se asignó aleatoriamente a la terapia dialéctica conductual (N = 30), psicoterapia con base en la transferencia (N = 30)

y tratamiento dinámico de apoyo (N = 30). Los terapeutas participantes en la investigación fueron supervisados de manera semanal y si bien se evaluó su adhesión al protocolo, no se reportaron las puntuaciones correspondientes. Los resultados indicaron que los tres tratamientos produjeron mejorías en depresión, ansiedad, funcionamiento general y ajuste interpersonal. Sólo la terapia dialéctica conductualy la psicoterapia focalizada en la transferencia se asociaron con una mejoría significativa en las tendencias suicidas (tamaños del efecto pequeños); de igual modo, sólo los tratamientos psicodinámicos produjeron disminuciones significativas en el enojo (tamaños del efecto medianos). De acuerdo con el estudio de Clarkin y colaboradores, sólo la psicoterapia focalizada en la transferencia modificó la irritabilidad, los ataques físicos y verbales y la impulsividad. Esos resultados representan cambios dentro de la condición ya que no hubo diferencias entre condiciones. La psicoterapia focalizada en la transferencia fue superior a las condiciones control en un análisis secundario que incluyó varias medidas de constructos psicodinámicos, como las capacidades metacognitivas, social-cognitivas y funcionamiento reflexivo (Levy y Scala, 2012). Esos resultados deben ser interpretados con cautela. Aunque los cambios positivos fueron evidentes en todas las condiciones, el mecanismo de cambio propuesto para la psicoterapia focalizada en la transferencia no fue confirmado y la condición de comparación fue cuestionable toda vez que no quedó clara la adhesión al modelo de los terapeutas dialéctico conductuales.

Doering y colaboradores (2010) hicieron un seguimiento en un ensayo independiente con control aleatorio en que compararon la psicoterapia focalizada en la transferencia con un tratamiento ofrecido por expertos comunitarios conductuales y no conductuales. Ciento cuatro mujeres diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad pasaron por un año de tratamiento. Los autores reportaron que la psicoterapia focalizada en la transferencia era superior en la disminución de tendencias suicidas, abandono, psicopatología límite, uso de servicios y mal funcionamiento general. Los participantes en la psicoterapia focalizada en la transferencia recibieron, en promedio, el doble de sesiones. Cuando los investigadores controlaron el número de sesiones recibidas, las diferencias grupales en relación con los intentos suicidas y el uso de servicios dejaron de ser significativas, aunque se mostraron los otros resultados (Doering *et al.,* 2010). A este estudio se le ha criticado por incluir a todos los participantes en los análisis (independientemente de si asistían a cualquier sesión de terapia) y por elegir una prueba estadística *post hoc* que no reflejaba con precisión los hallazgos sobre conducta suicida (Kleindienst, Krumm y Bohus, 2011).

La terapia de mentalización, desarrollada por Bateman y Fonagy (2004), es una terapia intensiva con base en la teoría del apego (es decir, se considera al trastorno límite de la personalidad como un trastorno de apego) que se enfoca en los patrones de relación y factores inconscientes que inhiben el cambio. La "mentalización" se refiere al hecho de que la persona percibe o interpreta que las acciones propias y de los demás son intencionales. El tratamiento tiene fundamento en la teoría de que los individuos con trastorno límite de la personalidad tienen una capacidad inadecuada para la mentalización, por lo que se enfoca en proporcionar al cliente experiencias mentales de

atención consciente que faciliten un sentido mental más completo e integrado de agencia. La meta es aumentar la capacidad del cliente para reconocer la existencia de los pensamientos y sentimientos que experimenta. La terapia basada en la mentalización (MBT) se ha ofrecido con éxito como terapia bisemanal durante 18 meses (Bateman y Fonagy, 1999) o como intervención individual y de grupo para pacientes ambulatorios durante 18 meses (Bateman y Fonagy, 2009). La terapia basada en la mentalización ha sido probada en dos ensayos con control aleatorio como tratamiento para el trastorno límite de la personalidad.

El primer ensayo con control aleatorio comparó la condición de tratamiento usual durante 18 meses con la terapia focalizada en la mentalización, durante 18 meses, en un escenario de hospitalización parcial, seguida de 18 meses de terapia con base en la mentalización en condiciones ambulatorias (Bateman y Fonagy, 1999). Los clientes fueron asignados aleatoriamente a atención psiquiátrica estándar sin psicoterapia individual (condición control) o a un programa de tratamiento con hospitalización parcial que incluía las siguientes metas: (1) compromiso psicoanalítico de los clientes con el tratamiento; (2) disminución de la psicopatología, incluyendo depresión y ansiedad; (3) reducción de la conducta suicida; (4) mejoría en la competencia social; y (5) disminución de hospitalizaciones prolongadas. El grupo con tratamiento experimental recibió psicoterapia individual una vez a la semana, ofrecida por enfermeras psiquiátricas, terapia expresiva con base en psicodrama una vez por semana, sesiones de terapia de grupo tres veces por semana, reunión semanal comunitaria, reunión mensual con un administrador del caso, y revisión mensual de medicamentos. Al final de los 18 meses del tratamiento con hospitalización parcial, quienes recibieron terapia focalizada en la mentalización exhibieron, en relación con el grupo control, disminuciones significativas en la conducta suicida (intentos suicidas y automutilación), hospitalizaciones, medidas de psicopatología (incluyendo depresión y ansiedad), y funcionamiento social. Esas ganancias se mantuvieron y se incrementaron durante un seguimiento de 18 meses en que los participantes recibían terapia de grupo dos veces por semana (Bateman y Fonagy, 2001). Los investigadores propusieron que la efectividad del tratamiento se relaciona con tres características de su programa: una lógica teórica que es congruente con el tratamiento, el hecho de que concentra la atención en la relación y la coherencia del tratamiento a lo largo del tiempo. Las ganancias se mantuvieron en un seguimiento de cinco años, aunque los participantes en la terapia basada en la mentalización siguieron presentando deterioro en la función social general (Bateman y Fonagy, 2008).

El segundo ensayo con control aleatorio (Bateman y Fonagy, 2009) comparó 18 meses de terapia basada en la mentalización para pacientes ambulatorios con una condición control de manejo clínico estructurado. La terapia basada en la mentalización incluía psicoterapia individual y de grupo, así como asesoría telefónica en crisis. El manejo clínico estructurado desarrollado por los autores para reflejar las mejores prácticas en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad consistió básicamente en una intervención de apoyo en que el manejo del caso incluía terapia grupal e individual. En la descripción del estudio no quedó claro si los participantes de ambas condiciones recibían

terapia un tiempo similar. Las evaluaciones se realizaron antes del tratamiento, durante y al final del mismo. En el estudio participaron 134 hombres y mujeres con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y una historia reciente de conducta suicida. Los análisis no se realizaron de manera longitudinal sino en cada momento de evaluación, lo que hace difícil interpretar los resultados. No obstante, se reportaron mejorías considerables en ambas condiciones, aunque la terapia basada en la mentalización fue superior al manejo clínico estructurado en la reducción de los intentos suicidas en los últimos seis meses, episodios de conducta autolesiva en los últimos 12 meses, y hospitalizaciones en el año de tratamiento. El manejo clínico estructurado superó a la terapia con base en la mentalización en la disminución de episodios autolesivos en los primeros seis meses de tratamiento. La terapia también fue significativamente mejor que el manejo clínico estructurado en la evaluación general creciente del funcionamiento, depresión y ajuste social (Bateman y Fonagy, 2009).

Tratamiento psicofarmacológico

Las revisiones de las publicaciones concernientes a los tratamientos farmacológicos para el trastorno límite de la personalidad destacan un dilema en la prescripción de medicamentos: el trastorno límite de la personalidad involucra una disregulación en demasiados dominios para que un solo fármaco sirva como panacea (Dimeff, McDavid y Linehan, 1999; Lieh, Zanarini, Linehan y Bohus, 2004; Nose, Cipriani, Biancosino, Grassi y Barbui, 2006). En general, los resultados indican que varios agentes pueden ser útiles para mejorar el funcionamiento general, los síntomas cognitivo-perceptuales (p. ej., suspicacia, ideas de referencia, alucinaciones transitorias), disregulación de la emoción o descontrol impulsivo-conductual (consulte las revisiones de Lieb *et al.,* 2004; Nose *et al.,* 2006).

Lieb, Völlm,. Rücker, Timmer y Stoffers (2010) realizaron un metaanálisis de 27 ensayos con control aleatorio y organizaron la evidencia con base en clases de medicamentos. Encontraron que en el caso de los antipsicóticos de primera generación, la evidencia apoya la efectividad del haloperidol en la reducción del enojo y del flupentixol en la reducción de la conducta suicida; mientras que el tiotixeno resultó no ser efectivo. En el caso de los antipsicóticos de segunda generación, la evidencia apoya la efectividad del aripiprazol para reducir los síntomas patológicos del trastorno límite de la personalidad y de la psicopatología comórbida. Se acumula la evidencia que apoya el efecto positivo de la olanzapina en la reducción de la inestabilidad afectiva, el enojo y los síntomas psicóticos, aunque los hallazgos sobre su efecto en la conducta suicida son contradictorios (Lieb *et al.,* 2010). Además de su superioridad al placebo, se ha demostrado que la olanzapina es más eficaz que la fluoxetina en la disminución de la agresión impulsiva y la disforia crónica (Zanarini, Frankenburg y Parachini, 2004); aunque también se ha encontrado sistemáticamente que uno de sus efectos secundarios es el aumento de peso. Por otro lado, la ziprasidona no ha demostrado eficacia (Lieb *et al.,* 2010).

En relación con los estabilizadores del estado de ánimo y los antidepresivos, se ha

encontrado que el valproato semisódico tiene efectos significativos en la reducción de problemas interpersonales y depresión en clientes con trastorno límite de la personalidad, incluyendo a quienes presentan conducta agresiva e impulsiva (Stein, Simeon, Frenkel, Islam y Hollander, 1995). La lamotrigina demostró ser más eficaz que el placebo para disminuir el enojo y la psicopatología asociada, mientras que el topiramato tiene un efecto secundario de pérdida de peso significativa. En cuanto a los antidepresivos, su eficacia en el tratamiento de los problemas del trastorno límite de la personalidad resultó ser limitada. Por último, se encontró que los ácidos grasos de omega-3 disminuyen las tendencias suicidas y la depresión por encima del placebo (Lieb *et al.,* 2010).

En resumen, algunos tratamientos farmacológicos pueden ser eficaces en el tratamiento de algunos aspectos de la psicopatología del trastorno límite de personalidad. No obstante, debe tenerse cautela al considerar la farmacoterapia para el trastorno límite de la personalidad. Es notorio que los clientes con este trastorno no cumplen los regímenes de tratamiento, pueden abusar o exceder la dosis de los fármacos y experimentar efectos no buscados de los medicamentos. Con esas advertencias en mente, la farmacoterapia cuidadosamente supervisada puede ser un complemento útil e importante de la psicoterapia en el tratamiento del trastorno límite de personalidad.

Tratamiento cognitivo-conductual

El tratamiento del trastorno límite de la personalidad recibe cada vez más atención de los teóricos cognitivos y conductuales. La aproximación cognitiva considera que los problemas del cliente con este trastorno residen tanto en el contenido como en el proceso de pensamiento del individuo. El abordaje que hace Beck del tratamiento del trastorno límite de la personalidad (Beck y Freeman, 1990) es representativo de la psicoterapia cognitiva en que el tratamiento se enfoca en la reestructuración de los pensamientos y el desarrollo de una relación de colaboración que fomente formas más adaptadas de ver el mundo. Más específicamente, se concentra en disminuir las creencias negativas y polarizadas que resultan en afecto inestable y conductas destructivas (Brown, Newman, Charlesworth, Crits-Christoph y Beck, 2004). En un ensayo clínico abierto de terapia cognitiva para clientes con trastorno límite de la personalidad, al final del tratamiento y durante el seguimiento se encontraron decrementos en los problemas asociados con el trastorno como depresión, desesperanza e ideación suicida.

Un ensayo con control aleatorio comparó un año de terapia cognitiva y terapia rogeriana de apoyo para 65 hombres y mujeres que cumplían los criterios para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad. En ese estudio, los participantes de cada condición recibieron una sesión semanal durante seis meses seguidos y 12 sesiones posteriores con el propósito de mantener las ganancias. Cottraux y colaboradores (2009) encontraron que la terapia cognitiva era superior a la rogeriana de apoyo en cuanto a la retención de los clientes en la terapia. No se encontraron otras diferencias entre las condiciones, aunque la terapia cognitiva redujo la desesperanza y la impulsividad con mayor rapidez que la terapia rogeriana de apoyo. No obstante, análisis de seguimiento demostraron una diferencia significativa entre condiciones, donde los participantes que

recibieron la terapia cognitiva mostraron una mejoría clínica general, mayor a la de los participantes que fueron tratados con la terapia rogeriana de apoyo. Dado el pequeño tamaño de la muestra y la gran cantidad de abandono de este estudio, no es del todo clara la efectividad de la terapia cognitiva (Cottraux *et al.,* 2009).

Las terapias cognitivo-conductuales de Young, Klosko y Weishaar (2003; Kellogg y Young, 2006), Pretzer (1990), Blum, Pfohl, St. John, Monahan y Black (2002), y Schmidt y Davidson (citados por Weinberg, Gunderson, Hennen y Cutter, 2006) intentan abordar algunos de los escollos experimentados en la aplicación de los enfoques cognitivos tradicionales al tratamiento del trastorno límite de la personalidad. El enfoque de Pretzer enfatiza la modificación de la terapia cognitiva estándar para resolver las dificultades que suelen presentarse en el tratamiento de los clientes con trastorno límite de la personalidad, como establecer una relación de colaboración entre terapeuta y cliente, mantener un tratamiento dirigido y mejorar el cumplimiento de las tareas. Blum y colaboradores desarrollaron un tratamiento grupal ambulatorio con una aproximación psicoeducativa y dos reuniones semanales para enseñar habilidades cognitivo-conductuales (p. ej., distanciamiento, establecimiento de metas y solución de problemas) a los clientes con el trastorno límite de personalidad y a sus sistemas de apoyo (p. ej., familiares, amigos y otros encargados de su atención). El tratamiento, que se enfoca en la desestigmatización del trastorno límite de la personalidad, control emocional y control conductual, se ofrece en un formato grupal que ha sido sometido a prueba con el acrónimo SEPESP (Sistemas de Entrenamiento para la Predictibilidad Emocional y la Solución de Problemas; STEPPS por sus siglas en inglés). El ensayo más reciente con control aleatorio de este programa de tratamiento fue llevado a cabo por Bos, van Wel, Verbraak y Appelo (2011). En su estudio, los participantes con un diagnóstico general del trastorno límite de la personalidad, representativos de la práctica clínica rutinaria, fueron asignados al azar a la condición de Sistemas de Entrenamiento para la Predictibilidad Emocional y la Solución de Problemas y terapia individual (N = 84) o al tratamiento usual (N = 84). Al final de las 18 semanas de tratamiento, y de un seguimiento de seis meses, los participantes tratados con los Sistemas de Entrenamiento para la Predictibilidad Emocional y la Solución de Problemas reportaron menos patología general y específica al trastorno límite de la personalidad, así como más mejorías en la calidad de vida. El tratamiento se ofreció de forma semanal durante 18 semanas e incluía una sesión de seguimiento al tercer y sexto mes del estudio. Esos hallazgos, aunados a los de estudios previos que compararon los Sistemas de Entrenamiento para la Predictibilidad Emocional y la Solución de Problemas con el tratamiento usual en muestras rigurosamente seleccionadas de pacientes con el trastorno límite de la personalidad (Blum *et al.,* 2008; Bos, van Wel, Verbraak y Appelo, 2010) apoyan la efectividad y eficacia de esta intervención.

La terapia centrada en los esquemas de Young (Young *et al.,* 2003; consulte también el capítulo 7 de Young, Rygh, Weinberger y Beck en este volumen) postula que durante la niñez pueden desarrollarse patrones estables de pensamiento (“esquemas tempranos inadaptados”) que resultan en conducta inadaptada que refuerza los esquemas. La terapia

centrada en los esquemas incluye diversas intervenciones que tienen el propósito de cuestionar y cambiar esos modelos tempranos mediante la identificación de un conjunto de modos de esquemas disfuncionales que controlan los pensamientos, emociones y conductas del individuo (es decir, protector desapegado, padre punitivo, niño abandonado y maltratado, niño enojado e impulsivo). Giesen-Bloo y colaboradores (2006) realizaron el primer ensayo con control aleatorio de la psicoterapia focalizada en la transferencia y la terapia centrada en los esquemas. La primera fue comparada con la terapia centrada en los esquemas en un estudio donde 86 participantes recibieron, durante tres años, sesiones individuales de una u otra terapia dos veces por semana.

Los resultados del estudio indicaron disminución general de los síntomas del trastorno límite de la personalidad con ambos tratamientos; sin embargo, los participantes que recibieron la terapia centrada en los esquemas mostraron mejorías generales significativamente más altas y menor tasa de abandono. En este estudio no se evaluaron el suicidio ni las conductas autolesivas no suicidas como medidas de resultado. Un análisis secundario de seguimiento también demostró que el costo de implementación de la terapia centrada en los esquemas fue 20% menor a los costos requeridos para llevar a cabo la psicoterapia focalizada en la transferencia (van Assel *et al.,* 2008). Además, Farrell, Shaw y Webber (2009) demostraron la efectividad de la terapia centrada en los esquemas en un formato grupal durante ocho meses. En su estudio, los autores probaron el efecto de agregar al tratamiento usual un grupo de terapia centrada en los esquemas. En comparación con el tratamiento usual por sí solo, el tratamiento enriquecido con la terapia centrada en los esquemas produjo una remisión significativamente más alta del trastorno límite de la personalidad.

En 2009 se llevó a cabo un ensayo sobre la efectividad. Nadort y colaboradores (2009) probaron una versión divulgada de la terapia centrada en los esquemas en centros médicos regulares con o sin apoyo telefónico en crisis fuera de horario. Los datos de 62 participantes sugirieron que agregar la disponibilidad telefónica no produjo mejoría adicional y que la terapia centrada en los esquemas tuvo éxito entre condiciones, lo que dio lugar a una recuperación de 42% del trastorno límite de la personalidad después de año y medio de tratamiento.

Weinberg y colaboradores (2006) evaluaron en un ensayo con control aleatorio del tratamiento cognitivo apoyado en manuales y el tratamiento usual. El tratamiento cognitivo apoyado en manuales es un tratamiento cognitivo-conductual breve que incorpora estrategias de la terapia dialéctica conductual, terapia cognitiva y biblioterapia, se enfoca en las conductas autolesivas no suicidas de participantes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad. Los participantes en el estudio (N = 30) recibieron el tratamiento cognitivo apoyado en manuales de manera adicional al tratamiento usual. Dichos participantes fueron 30 mujeres diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad, con una historia de conductas autolesivas sin intención suicida (CASIS), una de las cuales, por lo menos, había ocurrido el mes anterior; sin embargo, el suicidio se consideró como criterio de exclusión para la participación en el estudio. Las participantes fueron asignadas al azar a la combinación del tratamiento cognitivo apoyado

en manuales con el tratamiento usual o a una condición con sólo el tratamiento usual. Luego de completar el tratamiento de seis semanas y en el seguimiento de seis meses, las conductas autolesivas sin intención suicidas fueron significativamente menos y de menor gravedad entre las participantes que recibieron terapia cognitiva con base en manuales que en las que sólo recibieron el tratamiento usual. Esos resultados deben interpretarse con cautela debido al pequeño tamaño de la muestra y al uso exclusivo de instrumentos de autorreporte en la evaluación de las conductas autolesivas no suicidas.

EVIDENCIA A FAVOR DE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL COMO TRATAMIENTO EFECTIVO PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

La terapia dialéctica conductual evolucionó de la terapia conductual estándar como tratamiento del trastorno límite de la personalidad, en particular para adultos recurrentemente suicidas y gravemente disfuncionales. La orientación del tratamiento es una mezcla de tres posturas teóricas: ciencia conductual, filosofía dialéctica y práctica Zen. La ciencia conductual, los principios del cambio conductual, contrasta con la aceptación del cliente (con técnicas derivadas del Zen y la práctica contemplativa occidental); esos polos son equilibrados dentro del marco dialéctico. Aunque la dialéctica se adoptó primero como una descripción del énfasis en el equilibrio, pronto adquirió el estatus de los principios orientadores que hicieron avanzar la terapia en direcciones no anticipadas originalmente. La terapia dialéctica conductual tiene fundamento en una postura teórica conductual coherente. Sin embargo, existe un traslape considerable entre esos procedimientos y estrategias con los de varias orientaciones alternativas a la terapia como la psicodinámica, la centrada en el cliente y la cognitiva.

Eficacia

Si bien, como se describió antes, varios enfoques han demostrado eficacia en el tratamiento de las personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad, la terapia dialéctica conductual es la que más apoyo empírico ha recibido en la actualidad, por lo que suele considerarse como tratamiento de vanguardia para el trastorno. El uso de dicha terapia en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad ha sido evaluado en diversos ensayos controlados (tabla 10-1). En cuatro de esos ensayos se reclutó específicamente a clientes con conductas suicidas (Linehan *et al.,* 1999, 2006; Linehan, Armstrong, Suárez, Allmon y Heard, 1991; McMain *et al.,* 2009). En dos de esos ensayos se incluyó a la terapia dialéctica conductual en ambas condiciones, con la adición de medicamentos en una condición (Linehan, McDavid, Brown, Sayrs y Gallop, 2008; Soler *et al.,* 2005). En general, los resultados han demostrado que la terapia dialéctica conductual es sumamente eficaz. En adultos diagnosticados con trastorno límite de la personalidad y un elevado riesgo de suicidio, un año de terapia dialéctica conductual arrojó mejorías significativamente más altas en los arrebatos de enojo, conducta suicida y hospitalización en comparación con el tratamiento usual (Linehan *et al.,* 1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993), la terapia centrada en el cliente (Turner, 2000) y un tratamiento comunitario brindado por expertos no conductuales (Linehan *et al.,* 2006), pero no en comparación con la combinación de tratamiento dinámico enfocado en la emoción y un programa de farmacoterapia con base en el protocolo (McMain *et al.,* 2009). Un estudio demostró que la probabilidad de que los participantes tratados con la terapia dialéctica conductual exhibieran conductas suicidas era de la mitad de los participantes en la condición del tratamiento comunitario brindado por expertos no

conductuales, lo que sugiere la eficacia de la terapia dialéctica conductual para reducir la conducta suicida. Durante un año de tratamiento, la depresión, la desesperanza y la ideación suicida mejoraron tanto en la terapia dialéctica conductual como en el tratamiento control (Linehan *et al.,* 1991, 2006; McMain *et al.,* 2009).

Tabla 10-1. Tabla de ensayos con control aleatorio y ensayos controlados para la terapia conductual dialé

Cita	Diseño	Metodología	N/condición	Variante de la TCD ofrecida	Resultados generales reportados	Resultado reportados regulación emoción
Barnoski (2002)	Ensayo controlado	TCD vs TU (controles históricos), evaluación en SE a los 12 meses	TCD = 42 TU = 116	TCDr (estándar) -1 año	TCD < TU en la cantidad de nuevas condenas por delitos graves en los 12 meses posteriores al alta	Ninguno
Bohus *et al.* (2013)	ECA	TCDh-TEPT vs TU-LE; evaluaciones en pre y postratamiento y en SE a las 6 semanas	TCDh-TEPT = 36 TU-LE = 38	TCDh adaptada para TEPT3 meses	TCDh-TEPT >TU-LE en remisión del TEPT y en entrevista y evaluaciones de autorreporte del TEPT	Ninguno
Bohus *et al.* (2004)	ECA	TCDh vs LE +TU; evaluaciones en pre y postratamiento; y en SE a 1 y 3 meses	TCDh = 40 TU = 20	TCD para pacientes hospitalizados (TCDi) -3 meses	TCD > TU en abstinencia de ALNS (62 vs 31%)	TCD = TU TCD > TU disminución depresión y
Bradley y	ECA	EH-TCD vs no	EH-TCD =	EH-TCD	No hubo	EH-TCD >

Follingstad (2003)		tratamiento (control) -9 semanas	24 Control = 25	adaptada	diferencias significativas entre condiciones	en disminuc depresión y de trauma
Carter *et al.* (2010)	ECA	TCD vs TU + LE; evaluaciones en el pretratamiento, a los 3 y a los 6 meses	TCD = 38 TU + LE = 35	TCD (estándar) -6 meses	TCD = TU en ALNS, admisiones hospitalarias o duración de la estancia en el hospital, calidad de vida, discapacidad	Ninguno
Cavanaugh, Solomon y Gelles (2011)	ECA	Taller psicoeducativo dialéctico (TPED) vs taller de manejo del enojo (TME); evaluaciones en el pre y postest	TPED = 28 TME = 27	EH-TCD modificada para la violencia interpersonal (TPED) -8 semanas	TPED >TME (en el postratamiento) en habilidades adaptadas de afrontamiento, habilidades de empatía, y en la disminución del riesgo potencial de violencia interpersonal	TPED > TM postratamie habilidades manejo del
Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg (2007)	ECA	TCD vs PET vs tratamiento de apoyo (TA); evaluaciones en el pretratamiento y a los 4, 8 y 12 meses	TCD = 17 PET = 23 TA = 22	TCD (estándar) -1 año, adaptada para incluir manejo de medicamentos	TCD = PET = TA en la mejoría del funcionamiento general y el ajuste social; PET = TCD (no TA) en la reducción de tendencias suicidas (los	TCD = PE mejoría de y ansiedad; TA (no a T reducción d impulsivida PET cambi significativa irritabilidad conductas d

					análisis sólo incluyeron a personas con ≥ *3* evaluaciones)	
Courbasson, Nishikawa y Dixon (2012)	ECA	TCD vs TU; evaluaciones en el pretratamiento y a los 3, 6, 9 12, 15 y 18 meses (los dos últimos puntos temporales corresponden a SE)	TU = 8 TCD = 13	TCD (estándar) -1 año	TCD < TU en abandono; TCD postratamiento > pretratamiento en conductas alimentarias y actitudes disfuncionales; severidad y consumo de drogas	TCD en postratamie pretratamie habilidad d afrontamier regulación d emociones
Eversheds *et al.,* (2003)	Ensayo controlado	TCDr vs TU; evaluaciones antes, a mitad y después del tratamiento, y en el SE a los 6 meses	TCDr = 8 TU = 9	TCD residencial adaptada para muestra forense -18 meses	TCD > TU en gravedad de incidentes de violencia	TCD > TU hostilidad y autorreport
Feigenbaum *et al.,* 2012)	ECA	TCD vs TU; evaluaciones en el pretratamiento, a los 6 meses y al año	TCD = 26 TU = 16	TCD (estándar) -1 año	TCD < TU en disminución de conducta de riesgo autoevaluada; TCD = TU en reducción de ALNS y uso de servicios	TCD = TU agresión y d del enojo, d irritabilidad (disminució significativa condiciones
Harley *et al.* (2008); Feldman *et al.* (2009)	ECA	TU + EH-TCD vs TU + LE; evaluaciones en pre y	TU + EH-TCD = 13 TU + LE = 11	Intervención grupal de EH-TCD adaptada para depresión resistente a	Vea la siguiente columna	TU + EH-T TU + LE en de la depre semana 0 a semana 16

		postratamiento y en SE a los 6 meses		tratamiento -16 semanas		
Hill, Craighead y Safer (2011)	ECA	TCD-EA vs LE	TCD-EA = 18 LE = 14	EH-TCD modificada para EA	TCD-EA = LE en mejoría del número de episodios de atracones y purga	TCD-EA > disminución depresión, disregulació emoción
Hirvikoski *et al.* (2011)	ECA	EH-TCD vs grupo de discusión poco estructurado (control)	EH-TCD = 26 Control = 25	EH-TCD adaptada para población sueca -14 sesiones	EH-TCD = Control en satisfacción	Ninguno
Katz *et al.* (2004)	Ensayo controlado	TCDr vs TU en unidad residencial;	TCDr = 31 TU = 31	TCDr - estancia promedio = 18	TCDr < TU en incidentes en el pabellón; TCDr	TCDr = TU reducción d depresión y

		evaluaciones en pre y postratamiento y en SE a 1 año		días	= TU en visitas a la sala de emergencias y hospitalizaciones después de recibir el alta; en ALNS y en ideación suicida	desesperan (disminució significativa condiciones
Koons *et al.* (2001)	ECA	TCD vs TU	TCD = 10 TU = 10	TCD (estándar) -6 meses	TCD < TU en ALNS, hospitalizaciones, ideación suicida y disociación	TCD > TU desesperan depresión, y expresión
Koons *et al.* (2006)	ECA	TCD vs TU; evaluaciones en el pretratamiento, a los 3 y a los 6 meses	TCD = 10 TU = 10	TCD (estándar) -6 meses	Tendencia a que la TCD disminuya ALNS más que TU ($p <$ .10), TCD = TU en reducción de uso de servicios; TCD > TU en reducción de ideación suicida	TCD > TU reducción d depresión (autorrepor desesperan = TU en re de la depre (entrevista) ansiedad, s del enojo; T TU en redu la expresión enojo
Linehan *et al.* (1991, 1993, 1994)	ECA	TCD vs TU; evaluaciones cada 4 meses, incluso durante 1 año de SE	TCD = 22 TU = 22	TCD (estándar) -1 año	TCD > TU en reducción del riesgo de conducta suicida y disminución del uso de servicios; TCD < TU en reducción de abandono; TCD = TU en disminución de la ideación suicida	TCD = TU reducción d depresión y desesperan (disminució significativa condiciones

Linehan *et al.* (1999)	ECA	TCD *vs* TU; evaluaciones cada 4 meses, 4 meses SE	TCD = 12 TU = 16	TCD (estándar) -1 año	TCD > TU en abuso de drogas	TCD = TU resultados ((disminució significativa condiciones
Linehan *et al.* (2002)	ECA	TCD + LAAM vs terapia integral de validación con 12 pasos (TIV-12p) + LAAM; evaluaciones cada 4 meses incluyendo una evaluación SE	TCD = 11 TIV-12p = 12	TCD (estándar) -1 año	Los participantes en TCD mantuvieron la disminución en el consumo de opiáceos durante los 12 meses del tratamiento; los participantes enTIV-12p obtuvieron las mismas reducciones, pero incrementaron su consumo de opiáceos en los últimos 4 meses; decrementos similares en psicopatología	Ninguno
Linehan *et al.* (2006); Harned *et al.* (2008); Bedics, Atkins, Comtois y Linehan (2012)	ECA	TCD vs tratamiento comunitario por expertos (TCPE); evaluaciones cada 4 meses y durante un SE de un año	TCD = 52 TCPE = 49	TCD (estándar) -1 año	TCD < TCPE en intentos suicidas, uso de servicios en crisis, abandono; TCD llevó a una disminución significativa en trastornos por abuso de drogas; TCD = TCPE en reducción de ideación suicida, remisión de depresión mayor, ansiedad y	TCD = TC disminución depresión (disminució significativa condiciones mostró cam significativo afirmación, protección mismo y me ataques de durante el t y el SE; TC mostró inte significativa

					trastornos alimentarios; TCD > TCPE en incrementos de introyección de afiliación	tratamiento afirmación/ del terapeu
Linehan *et al.* (2008)	ECA	TCD + placebo vs TCD + olanzapina	TCD + placebo = 12 TCD + olanzapina = 12	TCD (estándar) -6 meses	Placebo > olanzapina en reducción de ALNS	Olanzapina más rápido placebo irri agresión fís
Lynch *et al.* (2007)	ECA	Ensayo con medicamentos por 8 semanas seguido de ECA para quienes no respondieron; TCD estándar + medicamentos (TCD + MED) vs sólo medicamentos (MED); evaluaciones en el pretratamiento, 2, 6, 9 y 15 meses	TCD+MED = 21 MED = 14	TCD (estándar) -6 meses	TCD + MED logra una remisión más rápida del trastorno depresivo mayor que sólo MED	Ninguno
Lynch *et al.* (2003)	ECA	Antidepresivos (MED) vs EH-TCD + MED;	MED = 15 EH-TCD = 16	Adaptación de EH-TCD (habilidades y	Remisión de depresión (TCD > MED) brecha	Depresión autorreport > MED)

		evaluaciones en pretratamiento, postratamiento y SE a los 6 meses		30 minutos por semana de contacto telefónico) -7 meses	aún mayor en SE; sólo TCD mejoró dependencia y afrontamiento adaptado	
McDonell *et al.* (2010)	Ensayo controlado	TCDr vs TU residencial (igualaciones históricas)	TCDr = 106 TU = 104	TCDr (intensidad modificada de la TCD en escenario residencial)	Con TCD significativamente menos episodios ALNS durante 1 año de tratamiento que con TU	Ninguno
McMain *et al.* (2009)	ECA	TCD vs manejo psiquiátrico general (MPG); evaluaciones cada 4 meses y durante SE 1 mes	TCD = 90 MPG = 90	TCD (estándar) -1 año	TCD = MPG en disminución de conducta suicida, uso de servicios en crisis (disminución significativa en ambas condiciones)	TCD = MP disminución depresión, síntoma de (disminució significativa condiciones
Neacsiu, Eberle, Kramer, Weismann y Linehan (2013)	ECA	16 semanas de EH-TCD vs 16 semanas de Grupo de Actividades de Apoyo (GAA); evaluación cada 2 meses incluyendo un SE a los 2 meses	EH-TCD = 22 GAA = 22	EH-TCD condensada en 16 semanas	EH-TCD = GAA en mejoría de severidad de la depresión; EH-TCD > GAA en mejoría de gravedad de la ansiedad, incremento en uso de habilidades	EH-TCD > mejoría de problemas regulación emoción y afecto; EH- GAA en dis de alexitimi

Pistorello *et al.* (2012)	ECA	TCD vs supervisión por expertos en tratamiento psicodinámico (SBE); evaluación cada 3 meses y durante SE 6 meses	TCD = 31 SBE = 32	TCD (estándar) -7 meses a 1 año	TCD > SBE en disminución de ALNS, uso de medicamentos psicotrópicos, tendencias suicidas y en incremento de la calidad de vida	TCD > SB disminución depresión (autorrepor
Rakfeldt (2005)	Ensayo controlado	TCDr vs no tratamiento -17 semanas; evaluaciones en pre y postratamiento	TCDr = 7 Control = 8	TCDr adaptada para incluir dos sesiones de 1 hora de habilidades por semana	TCDr = Control en índice de funcionamiento; TCDr > control en relaciones interpersonales, redes sociales, intencionalidad y funcionamiento general	Ninguno
Rathus y Miller (2002)	Ensayo controlado	TCDr vs TU (asignación a TU para clientes menos graves)	TCDr = 29 TU = 82	TCDr adaptada -12 semanas, dos veces por semana	TCD > TU en reducción de hospitalizaciones psiquiátricas; TCD = TU en intentos suicidas (1 en TCD, 7 en TU)	Ninguno
Roepke *et al.* (2011)	Ensayo controlado	TCDh vs LE + TU; evaluaciones en pretratamiento y a las 10 semanas	TCDh = 40 TU = 20	TCDh -3 meses	TCD > TU en aumento de autoestima	Con TCD r significativa depresión; no hubo ca depresión
Safer, Telch y Agras (2001)	ECA	EH-TCD vs LE	EH-TCD = 14 LE = 15	EH-TCD -20 semanas	TCD > LE en disminución significativa de tasas de	

					atracones y purgas	
Safer, Robinson y Jo (2010); Safer y Joyce (2011)	ECA	EH-TCD TAA vs terapia grupal de comparación activa (TGCA) -20 sesiones semanales; evaluaciones en pre y postratamiento y a los 3, 6 y SE a los 12 meses	EH-TCD = 50 TGCA = 51	Entrenamiento de habilidades de TCD adaptada para TAA (EH-TCD TAA) -20 sesiones	EH-TCD TAA = TGCA en abstinencia de atracones en postratamiento (64% en TCD y 36% en TGCA); TCD < TGCA en días de atracones en postratamiento pero no en SE; tamaño del efecto moderado que favorece a TCD para autorreportes sobre restricción y preocupaciones por la comida; la probabilidad de una respuesta rápida fue mayor en participantes en TCD, quienes se desempeñaron mejor en SE	No hubo di en medidas regulación d emoción, d relacionada alimentació ansiedad o depresión c autoestima
Salbach-Andrae *et al.* (2009)	ECA	25 semanas de TCC vs 25 semanas de TCD AN/BN vs 12 semanas de lista de espera	TCC = 19 TCD-AN/BN = 16 LE = 15	TCD adaptada para adolescentes con anorexia o bulimia nerviosa	57.9% en TCC, 62.5% en TCD-AN/BN y 0% en lista de espera remitidos por criterios del DSM-IV-TR para trastornos alimentarios; TCD-AN/BN = TCC > LE en evitación de calorías, frecuencia de	Tamaños de pequeños y en regulació emoción

					comidas y malestar psicológico	
Soler *et al.*, (2005)	ECA	EH-TCD + placebo vs EH-TCD + olanzapina	EH-TCD + placebo = 30 EH-TCD + olanzapina = 30	EH-TCD adaptada -12 semanas, con asesoría telefónica añadida	Olanzapina > placebo en reducción del aumento de peso y niveles de colesterol; olanzapina = placebo en disminuciones de psicopatología	Olanzapina placebo en frecuencia d impulsividad conducta ag olanzapina en disminuc depresión y
Soler *et al.* (2009)	ECA	EH-TCD vs terapia de grupo estándar con orientación psicodinámica (TGE); evaluaciones cada 2 semanas	EH-TCD = 29 TGE = 30	EH-TCD adaptada -3 meses	Vea la siguiente columna	TCD > TG disminución depresión, irritabilidad inestabilidad afecto
Telch, Agras y Linehan (2001)	ECA	EH-TCD vs LE; evaluaciones en pre y postratamiento y en SE a los 6 meses	EH-TCD = 22 LE = 22	Entrenamiento de habilidades de TCD adaptada para TAA	TCD = LE en todos los resultados	Las mujeres TCD repor menos dese comer cuan estaban enc
Trupin, Stewart, Beach y Boesky (2002)	Ensayo controlado	TCDr vs TU; evaluaciones pre y postratamiento	TCDr = 45 TU = 45	TCDr - duración variable	Los problemas conductuales disminuyeron significativamente en TCD pero no	Ninguno

					en TU	
Turner (2000)	ECA	TCD vs TU; evaluaciones a los 6 y 12 meses	TCD = 12 TU = 12	TCD (estándar) -1 año, adaptada para disminuir el tiempo de terapia e incorporar técnicas psicodinámicas	TCD > TU en funcionamiento de salud mental; TCD > TU en cantidad de conducta suicida, aunque en ambos hubo mejoría significativa	TCD = TU mejoría del funcionamie emocional
Van den Bosch *et al.* (2002); Verheul *et al.* (2003)	ECA	TCD vs TU; evaluaciones en pretratamiento, a las 11, 22, 33, 44 y 52 semanas y en SE a los 18 meses	TCD = 27 TU = 31	TCD (estándar) -1 año	TCD < TU en disminución de intentos suicidas (TCD = 2, TU = 8); ALNS disminuyeron significativamente en TCD y aumentaron en TU; efectos moderados por la gravedad de la conducta suicida; TCD = TU en consumo de drogas	TCD > TU disminución impulsivos
Van Dijk, Jeffrey y Katz (2013)	ECA	EH-TCD vs LE	EH-TCD = 13 LE = 13	EH-TCD adaptada para trastorno bipolar -12 semanas	EH-TCD = LE en disminución de la depresión, mindfulness (atención plena) (hubo mejoría en ambos casos)	EH-TCD = mejoría del del afecto (mejoraron)
Waltz *et al.* (2009)	ECA	Video de habilidades de TCD vs control (video informativo) alternando el orden de	N = 30	Video TCD sobre "acción oposicionista"	De quienes participaron en el SE, 80% había presentado conductas oposicionistas al menos una vez	Quienes vie video de TC mostraron disminución significativa intensidad e

		exhibición				
Wasser, Tyler, Mcllhaney, Taplin y Henderson (2008)	Ensayo controlado	TCDr vs MTE (medio terapéutico estándar); una igualación primaria (igualación exacta en edad, género y tener un trastorno del Eje I), una igualación secundaria (igualación similar en edad, género)	Primaria: TCDr = 7 MTE = 7 Secundaria: TCDr = 12 MTE = 12	TCDr adaptada por falta de recursos (conducida por clínicos que no practican TCD)	MTE > TCDr en excitación psicomotora luego del alta; TCDr > MTE psicopatología	TCD = MT disminución depresión (disminuyó significativa
Wolf *et al.* (2011)	ECA	EH-TCD vs EH-TCD + entrenamiento de habilidades con base en la computadora (EHBC)	EH-TCD = 11 EH-TCD + EHBC = 13	EH-TCD -6 meses con o sin complemento de CD-ROM –con base en programas de autoayuda	EH-TCD + EHBC > EH-TCD en mejoría de adquisición de habilidades y conocimiento	Ninguno

Nota. > denota significativamente mayor que; < denota significativamente menos que, = denota no hay dife apetito; SE, seguimiento, TCDh, terapia dialéctica conductual para pacientes hospitalizados; ECA, ensayo PBT, psicoterapia con base en la transferencia; LE, lista de espera,; ALNS, conductas autolesivas no suici levometadil; TEPT, trastorno por estrés postraumático; TCDr, terapia dialéctica conductual residencial; TE entrenamiento de habilidades en terapia conductual dialéctica; EH-TCD TAA, entrenamiento de habilidade trastorno alimentario por atracones; TDAH, trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Además, en ambas condiciones hubo remisión similar del trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad (Harned *et al.,* 2008), aunque la remisión de la dependencia de fármacos fue significativamente mayor en la terapia dialéctica conductual.

La superioridad del tratamiento se mantuvo cuando los participantes en la condición con la terapia dialéctica conductual fueron comparados únicamente con los sujetos control que recibieron psicoterapia individual estable durante el año de tratamiento, incluso después de que los investigadores controlaron la cantidad de horas de psicoterapia y contactos telefónicos (Linehan y Heard, 1993; Linehan *et al.,* 1999). Dicha superioridad también se mantuvo cuando se comparó la terapia dialéctica conductual con

un tratamiento de igual prestigio administrado por terapeutas expertos con lealtad al modelo de tratamiento (tratamiento comunitario brindado por expertos no conductuales; Linehan *et al.,* 2006). Esos estudios sugieren que la eficacia de la terapia dialéctica conductual obedece a factores específicos al tratamiento y no a factores generales o a la experiencia de los psicoterapeutas tratantes.

En muestras con el trastorno límite de la personalidad, seleccionadas independientemente de su riesgo suicida, los hallazgos son contradictorios en relación con la conducta suicida; no obstante, la terapia dialéctica conductual supera a las condiciones control en la mejoría de los índices de regulación de la emoción (Koons *et al.,* 2006; Verheul *et al.,* 2003). La terapia dialéctica conductual también es eficaz en adultos diagnosticados con trastorno límite de la personalidad y trastorno comórbido de dependencia de drogas (Linehan *et al.,* 1999, 2002).

La evidencia sugiere también que las adaptaciones de la terapia dialéctica conductual pueden tratar con éxito a personas con un diagnóstico del trastorno límite de personalidad. Soler y colaboradores (2009) encontraron que el entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctica conductual durante 13 semanas tenía más éxito en la reducción de las emociones problemáticas que una terapia grupal estándar con base en la aproximación psicodinámica en participantes que cumplían los criterios para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad.

Bohus y colaboradores (2004) compararon una adaptación de la terapia dialéctica conductual para atención hospitalaria con el tratamiento usual, ambos durante 12 semanas, para mujeres con un diagnóstico del trastorno límite de la personalidad que habían reportado una historia de conducta suicida. En una submuestra con conducta autolesiva, significativamente más pacientes en la condición del tratamiento dialéctico conductual que en el tratamiento usual se abstuvieron de presentar conductas autolesivas sin intención suicida en el postratamiento (62 contra 31%). Roepke y colaboradores (2011) encontraron también que un curso de 12 semanas de terapia dialéctica conductual para atención hospitalaria producía mejoría significativa en la depresión y la autoestima en comparación con el tratamiento usual para mujeres diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad.

Más allá del trastorno límite de la personalidad, algunos estudios han demostrado la efectividad de la terapia dialéctica conductual en adultos mayores deprimidos (Lynch *et al.,* 2007; Lynch, Morse, Mendelson y Robins, 2003), adultos con trastorno alimentario por atracones (Safer y Joyce, 2011; Safer, Robinson y Jo, 2010), adolescentes suicidas (Burnosli, 2002; Katz, Cox, Gunmasekara y Miller, 2004; McDonell *et al.,* 2010; Ratbus y Miller, 2002), estudiantes universitarios suicidas (Pistorello, Fruzzetti, MacLane, Gallop e Iverson, 2012) y adultos con trastorno de personalidad del grupo B (Feigenbaum *et al.,* 2012).

EVIDENCIA A FAVOR DE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL COMO TRATAMIENTO EFECTIVO PARA LA DISREGULACIÓN EMOCIÓNAL

Como se mencionó, muchos trastornos mentales, entre los que se encuentra el trastorno límite de la personalidad, pueden conceptualizarse como trastornos de la regulación de la emoción con déficit tanto en la regulación por incremento como en la regulación por decremento de la emoción. Por ejemplo, algunos teóricos han propuesto que el trastorno depresivo mayor debería considerarse como un trastorno por disregulación de la emoción con base en un déficit en la regulación por incremento y en el mantenimiento de las emociones positivas (en el trabajo de Kring y Bachorowski, 1999, encontrará una revisión). Una vez que uno se da cuenta de que las emociones incluyen tanto acciones como tendencias de acción, es posible ver la relación entre disregulación de la emoción y muchos trastornos definidos por el descontrol de la conducta (p. ej., dependencia de drogas). En otros trastornos es común encontrar dificultades en la regulación de la emoción similares a las observadas en el trastorno límite de la personalidad. Específicamente, en muchos trastornos del Eje I es común encontrar problemas con el reconocimiento, descripción y etiquetamiento de las emociones, saber qué hacer cuando aparece una emoción, y con la evitación emocional. Por consiguiente, una premisa teórica importante de la terapia dialéctica conductual es que la gente que exhibe disregulación emocional carece de las habilidades necesarias para la regulación exitosa; es por eso que este enfoque incluye un conjunto de habilidades que pretenden mejorar la regulación de la emoción en el trastorno límite de la personalidad en particular, y en la gente que reporta disregulación de la emoción en general.

Cada vez es mayor el número de ensayos con control aleatorio que sugieren que el entrenamiento de habilidades de la terapia dialéctica conductual por sí solo es una intervención prometedora para diversas poblaciones (tabla 10-1). La mayor parte de esos estudios ofrecieron sólo el componente de entrenamiento de habilidades de la terapia dialéctica conductual. Por consiguiente, aunque el entrenamiento de habilidades se desarrolló originalmente como parte de una intervención más amplia, la cantidad de estudios reportados sugiere que el entrenamiento de habilidades de la terapia dialéctica conductual puede ser por sí mismo una intervención exitosa para diversas poblaciones con dificultades de regulación de la emoción. Además, se ha demostrado que el uso de habilidades de la terapia dialéctica conductual (el producto del entrenamiento de habilidades) es un mecanismo activo de cambio en los resultados de regulación de la emoción en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (Neacsiu, Rizvi y Linehan, 2010).

Bases filosóficas: dialéctica

El término **dialéctica,** según se entiende en la terapia dialéctica conductual, se refiere tanto a la naturaleza fundamental de la realidad como a un método de diálogo y relación persuasiva. (En el trabajo de Wells [1972. citado en Kegan, 1982] se documenta un cambio hacia las aproximaciones dialécticas en todas las ciencias en los últimos 150 años; más recientemente, Peng y Nisbett [1999] analizaron el pensamiento dialéctico occidental y oriental). Como visión del mundo o postura filosófica, la dialéctica guía al clínico en el desarrollo de hipótesis teóricas relevantes sobre los problemas y tratamiento del cliente. Por otro lado, como diálogo y relación, la dialéctica se refiere al enfoque o estrategias de tratamiento empleadas por el terapeuta para producir el cambio. Por consiguiente, para la terapia dialéctica conductual, son fundamentales una serie de estrategias dialécticas terapéuticas.

Dialéctica como visión del mundo

La terapia dialéctica conductual se fundamenta en una visión del mundo que enfatiza la totalidad, la interrelación y el proceso (cambio) como características fundamentales de la realidad. La primera característica, el principio de interrelación y totalidad, proporciona una perspectiva que ve al sistema como un todo y la forma en que la gente se relaciona con el sistema en lugar de ver a la gente como si existiera en aislamiento. De manera similar a las teorías contextuales y de sistemas, una visión dialéctica sostiene que el valor de analizar cualquier sistema en partes es limitado a menos que en el análisis se relacione claramente la parte con el todo. La segunda característica es el principio de polaridad. Aunque la dialéctica se enfoca en el todo, también enfatiza la complejidad de cualquier todo. Por ende, la dialéctica afirma que la realidad no puede reducirse; es decir, propone que existe polaridad dentro de cada cosa o sistema separado, sin importar lo pequeño que sea. Por ejemplo, los físicos son incapaces de reducir incluso la más pequeña de las moléculas a una cosa. Donde existe materia existe antimateria, incluso cada átomo está compuesto por protones y electrones. Siempre está presente un opuesto polar. Las fuerzas opositoras se conocen como "tesis" y "antítesis", están presentes en todo lo que existe. La dialéctica sugiere que tesis y antítesis avanzan hacia una "síntesis", e inherente a la síntesis habrá un nuevo conjunto de fuerzas opositoras. Es a partir de ellas que se desarrolla la tercera característica de la perspectiva dialéctica conocida como el principio de cambio continuo. El cambio es producido a través de la síntesis constante de la tesis y la antítesis, y es continuo toda vez que, en la síntesis, están presentes nuevas fuerzas opositoras. Esos principios dialécticos son inherentes a cualquier aspecto de la teoría dialéctica conductual y permiten el movimiento continuo durante el proceso de la terapia. Una idea dialéctica de gran importancia es que todas las propuestas contienen dos oposiciones en su interior o, como lo plantea Goldberg (1980; pp. 295-296), "Asumo que la verdad es paradójica, que cada parte de sabiduría lleva en su interior sus propias

contradicciones, que las verdades se mantienen lado a lado. Las verdades contradictorias no necesariamente se cancelan o dominan entre sí, sino que permanecen lado a lado, invitando a la participación y experimentación". Cliente y terapeuta abordan esto preguntándose repetidamente: "¿Qué está quedando fuera?" Esta sencilla pregunta permite encontrar una síntesis y alejarse de una verdad absoluta, una postura no dialéctica.

Dialéctica como persuasión

A partir del punto de vista del diálogo y la relación, la dialéctica recomienda que el cambio se logre por la persuasión y el uso de las oposiciones inherentes a la relación terapéutica y no por la lógica formal impersonal. A través de la oposición terapéutica de posturas contradictorias, cliente y terapeuta pueden llegar a nuevos significados dentro de antiguos significados, y acercarse así a la esencia del tema considerado. El espíritu de un punto de vista dialéctico nunca es una propuesta como verdad final o hecho indisputable. Así, la pregunta abordada por cliente y terapeuta es "¿Qué se está dejando fuera de nuestra comprensión?" La dialéctica como persuasión está representada en las estrategias específicas que se describen más adelante en este capítulo. Al analizar las estrategias de consulta, el diálogo dialéctico también es muy importante en las reuniones de consulta del equipo de terapeutas. Quizá más que cualquier otro factor, la atención a la dialéctica puede reducir las posibilidades de lo que los terapeutas psicodinámicos llaman **fragmentación del equipo**, es decir, el fenómeno frecuente en que los terapeutas discuten o se muestran en desacuerdo (en ocasiones de forma vehemente) acerca de cómo tratar e interactuar con un cliente individual que presenta trastorno límite de la personalidad. Esta "fragmentación" entre los miembros del equipo muchas veces se debe a que una o dos fracciones dentro del equipo deciden que ellos (y sólo ellos) conocen la verdad sobre un cliente particular o un problema clínico.

Conceptualización dialéctica del caso

Las suposiciones dialécticas influyen de diversas formas en la conceptualización de un caso en terapia dialéctica conductual.

Primero, la dialéctica sugiere que un trastorno psicológico se conceptualiza mejor como una disfunción sistémica caracterizada por: (1) la definición del trastorno respecto con el funcionamiento normal, (2) la suposición de continuidad entre salud y el trastorno, y (3) la suposición de que el trastorno resulta de causas múltiples más que de causas únicas (Hollandsworth, 1990). De igual modo, la teoría biosocial de Linehan asume que el trastorno límite de la personalidad representa una disrupción del funcionamiento normal y que el trastorno puede entenderse mejor como una disfunción del sistema de regulación de la emoción. La teoría propone que la patogénesis del trastorno límite de la personalidad es resultado de numerosos factores, algunos son predisposiciones genéticas y biológicas que crean diferencias individuales en la susceptibilidad a la disregulación de la emoción, lo que se conoce como **vulnerabilidad de la emoción;** otros son resultado de la interacción del individuo con el ambiente, conocido como **ambiente invalidante.**

Asumir una visión sistémica obliga al teórico a integrar trabajo de diversos campos y disciplinas.

Una segunda suposición dialéctica que subyace a la teoría biosocial es que la relación entre el individuo y el ambiente es una transacción entre ambos; lo que corresponde al principio de **determinismo recíproco** en la teoría del aprendizaje social. Además de concentrarse en la influencia recíproca, una visión transaccional destaca también el estado de flujo y cambio constante en el sistema individuo-ambiente. Por ende, el trastorno límite de la personalidad puede presentarse en múltiples ambientes y familias, incluyendo a las familias caóticas, las perfectas e incluso las ordinarias.

Tanto los modelos transaccionales como los interactivos, como el modelo de diátesis-estrés de la psicopatología, llaman la atención al papel de ambientes disfuncionales en la generación del trastorno en el individuo vulnerable. Sin embargo, un modelo transaccional destaca varios puntos que es fácil pasar por alto en un modelo de diátesis-estrés. Por ejemplo, una persona (la persona A) puede actuar estresantemente hacia un individuo (la persona B) sólo por el estrés que éste le provoca. Tome al niño que, por un accidente, requiere la mayor parte del tiempo libre de sus padres sólo para satisfacer las necesidades de supervivencia. O considere al cliente que, debido a la necesidad de precauciones constantes contra el suicidio ocupa buena parte de los recursos de enfermería de un hospital. Ambos ambientes ven limitada su capacidad para responder adecuadamente a más estrés y ambos pueden invalidar o culpar temporalmente a la víctima si se hace otra demanda al sistema. Aunque el sistema (p. ej., la familia o el medio terapéutico) puede haber estado predispuesto a responder de manera disfuncional en cualquier caso, dichas respuestas podrían haber sido evitadas de no haber estado expuesto al estrés del individuo particular. Una explicación transaccional o dialéctica de la psicopatología puede permitir mayor compasión porque es incompatible con la asignación de culpa y destaca la realidad de la situación en lugar de hacer juicios sobre cada persona. Esto es particularmente relevante con una etiqueta tan estigmatizada entre los profesionales de la salud mental como "límite" (en el trabajo de Reiser y Levenson, 1984, encontrará ejemplos del mal uso del diagnóstico).

Una suposición final en esta discusión corresponde a la definición de la conducta y las implicaciones de definirla de manera más amplia. Linehan y los conductistas en general, opinan que **conducta** significa cualquier cosa que haga un organismo que involucre acción y respuesta a la estimulación (*Merrian-Webster's New Universal Unabridged Dictionary,* 1983, p. 100). De manera convencional, los conductistas categorizan a la conducta como motora, cognitiva/verbal y fisiológica, las cuales pueden ser públicas o privadas. Aquí es necesario hacer varias precisiones. Primero, dividir la conducta en esas tres categorías es arbitrario y se hace por claridad conceptual más que en respuesta a evidencia de que esos tres modos de respuesta en realidad sean sistemas funcionalmente separados. Este punto es especialmente relevante para comprender la regulación emocional, toda vez que la investigación básica sobre las emociones demuestra que esos sistemas de respuesta se traslapan y que, si bien son independientes hasta cierto punto, definitivamente no lo son del todo, lo que permite mantener la congruencia con una

visión dialéctica. Un punto relacionado es que, en contraste con las teorías biológicas y cognitivas del trastorno límite de la personalidad, la teoría biosocial sugiere que no hay razón *a priori* para considerar que las explicaciones que enfatizan un modo de conducta son intrínsecamente más importantes o convincentes que otras. Más bien, desde una perspectiva biosocial, las preguntas cruciales son en qué condiciones se sostiene una determinada relación conducta-conducta o una relación sistema de respuesta-sistema de respuesta, y en qué condiciones esas relaciones entran en vías causales para la etiología y mantenimiento del trastorno límite de la personalidad.

Disregulación emocional

La teoría biosocial de Linehan sugiere que el trastorno límite de la personalidad supone principalmente una disfunción del sistema de regulación de la emoción. Los patrones conductuales del trastorno límite de la personalidad se relacionan funcionalmente o son consecuencias inevitables de esta disregulación fundamental a lo largo de varias emociones, tal vez todas, incluyendo las emociones positivas y las negativas.

Desde el punto de vista de Linehan, esta disfunción del sistema de regulación de la emoción es la patología central; es decir, no es simplemente sintomática ni definitoria. La disregulación emocional es producto de la combinación de la vulnerabilidad emocional y dificultades para modular las reacciones emocionales. Se considera que la vulnerabilidad emocional consiste en una elevada sensibilidad a los estímulos emocionales, respuestas emocionales intensas y un regreso lento a la línea base emocional. Los déficit en la modulación de la emoción pueden deberse a dificultades para: (1) inhibir las conductas dependientes del estado de ánimo; (2) organizar la conducta en función de las metas, con independencia del estado de ánimo actual; (3) aumentar o disminuir la activación fisiológica según se necesite; (4) distraer la atención de estímulos que provocan emoción; y, o (5) experimentar emoción sin alejarse de inmediato o sin producir una emoción negativa secundaria extrema (para una discusión más detallada consulte el trabajo de Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009).

A nivel conceptual, el déficit en el sistema de regulación emocional no sólo da lugar a un inmenso sufrimiento emocional, sino también a múltiples problemas conductuales en la gente diagnosticada con trastorno límite de la personalidad. Cuando se examinan las evaluaciones de los clínicos de las características asociadas con la psicopatología, las tendencias a la ansiedad, infelicidad, depresión o abatimiento crónicos son las más descriptivas del trastorno límite de la personalidad (Bradley, Zittel y Westen, 2005). La disfunción lleva al individuo a tratar de escapar de las emociones aversivas, lo que suele dar lugar a mayor sufrimiento. Por ejemplo, una cliente que siente mucho enojo después de una pelea con su pareja puede, en un esfuerzo por escapar del enojo, exhibir conductas de corte; aunque en el corto plazo empieza a sentir alivio de su ira, una vez que el enojo disminuye siente cada vez más vergüenza en respuesta a la conducta de corte. Aunque los mecanismos de la disregulación inicial siguen siendo confusos, es probable que los factores biológicos jueguen un papel destacado. Siever y Davis (1991) propusieron que los déficits en la regulación de la emoción en clientes con trastorno límite de la personalidad se relacionan con la inestabilidad e hiperreactividad de la función de las catecolaminas. La etiología de esta disregulación puede ir de influencias genéticas a factores prenatales, a sucesos traumáticos de la niñez que afectan el desarrollo del cerebro y el sistema nervioso. Además, estudios de adopción de gemelos monocigóticos (Davison y Neale, 1994) sugieren una vulnerabilidad genética. Sin embargo, los investigadores no creen que la patología en su totalidad sea explicada por factores genéticos o biológicos; de ser ese el caso, se esperaría que 100% de los gemelos

monocigóticos compartieran la misma patología. Como esto no ocurre, podemos explicar las diferencias a través de las transacciones entre biología y el ambiente, como se describió antes.

Ambientes invalidantes

La mayoría de la gente que presenta, de inicio, una vulnerabilidad temperamental a la disregulación emocional no desarrolla trastorno límite de la personalidad; lo que lleva al modelo a sugerir que para ello se necesitan ambientes particulares del desarrollo. En el modelo de Linehan, la circunstancia crucial del desarrollo es la transacción entre esta vulnerabilidad y la presencia de un **ambiente invalidante** (Linehan, 1987, 1993a), que se define por su tendencia a negar, castigar y, o responder en forma errática e inapropiada a las experiencias privadas, independientes de su validez conductual. Las experiencias privadas, y en especial las experiencias emocionales y las interpretaciones de los sucesos, no son consideradas por los demás como válidas a los sucesos ambientales; son castigadas, trivializadas, desestimadas o ignoradas; o bien se atribuyen a características socialmente inaceptables como reactividad excesiva, incapacidad para ver las cosas de manera realista, falta de motivación, deseos de dañar o manipular, falta de disciplina o incapacidad para adoptar una actitud positiva (o, por el contrario, discriminatoria). El ambiente invalidante puede ser cualquier elemento del entorno social de un individuo, incluyendo la familia inmediata o extensa, la escuela, trabajo o comunidad. En cada uno de esos ambientes existen incluso otras idiosincrasias específicas que pueden tener impacto en el individuo, como el orden de nacimiento, años entre hermanos, maestros y pares, y, o compañeros de trabajo. Es importante advertir que el hecho de que dos niños crezcan en el mismo hogar no significa que sean criados en ambientes idénticos. Además, la gente suele no estar al tanto de sus conductas invalidantes y no actúa con una intención maliciosa.

El ambiente invalidante tiene tres características principales. Primero, el ambiente rechaza indiscriminadamente la comunicación de experiencias privadas y conductas autogeneradas. Por ejemplo, a una persona se le puede decir, “Estás muy enojado, pero no lo admites” o “No puedes tener hambre, acabas de comer”. Segundo, el ambiente invalidante puede castigar las demostraciones emocionales y reforzar intermitentemente la escalada emocional. Por ejemplo, una mujer termina con su pareja y se siente deprimida, por lo que amigos y familiares empiezan a decirle “Supéralo”, “No te merece” y “No te sientas triste”.

En el curso de la siguiente semana se deprime más y empieza a alejarse de sus actividades diarias, ante lo cual su ambiente responde de nuevo de manera invalidante. Finalmente, después de otros tres días de elevada activación emocional intenta suicidarse; en ese momento el ambiente se sacude y le proporciona apoyo y atención. Por desgracia, este tipo de patrón resulta, a menudo, en el reforzamiento inadvertido de una conducta disfuncional extrema. Por último, el ambiente invalidante puede simplificar excesivamente la facilidad de la resolución de problemas y cumplimiento de metas para un individuo.

La elevada incidencia del abuso sexual infantil reportado por adultos diagnosticados con trastorno límite de la personalidad (p. ej., Herman, 1986; Herman, Perry y van der Kolk, 1989) sugiere que el abuso sexual puede ser una experiencia invalidante prototípica para los niños. Sin embargo, la relación entre el abuso sexual temprano y el trastorno límite de la personalidad es bastante controvertida y está abierta a muchas interpretaciones. Por un lado, Silk, Lee, Hill y Lohr (1995) reportaron una correlación entre la cantidad de conductas criterio del trastorno límite de la personalidad exhibidas y la gravedad del abuso sexual infantil sufrido por un grupo de clientes con el trastorno. Por otro lado, una revisión de Fossati, Madeddu y Maffei (1999) sugirió que el abuso sexual no es un factor de riesgo importante para el trastorno límite de la personalidad.

Los resultados generales de este patrón transaccional entre el individuo emocionalmente vulnerable y el ambiente invalidante son la disregulación emocional y los patrones conductuales exhibidos por el adulto límite. Dicho individuo jamás aprendió cómo etiquetar y regular la activación emocional, cómo tolerar el malestar emocional o cuándo confiar en sus propias respuestas emocionales como reflejos de interpretaciones válidas de los sucesos, lo que resulta en autoinvalidación (Linehan, 1993a). En ambientes más optimistas, la validación pública de las experiencias privadas, internas, del individuo da lugar al desarrollo de una identidad estable. No obstante, en la familia de una persona con trastorno límite de la personalidad las experiencias privadas pueden recibir una respuesta errática e insensible; por lo que éste aprende a desconfiar de sus estados internos y busca en el ambiente señales de cómo actuar, pensar o sentir. El resultado de esta dependencia general de los demás es la incapacidad del individuo para desarrollar un sentido coherente de sí mismo. La disfunción emocional también interfiere con el desarrollo y mantenimiento de relaciones interpersonales estables, las cuales dependen tanto de un sentido estable de sí mismo como de la capacidad para autorregular las emociones. La tendencia del ambiente invalidante a trivializar o ignorar la expresión de la emoción negativa también moldea un estilo expresivo que se ve más tarde en el adulto con el trastorno límite de la personalidad -un estilo que oscila entre la inhibición y supresión de la experiencia emocional y las demostraciones conductuales extremas. Conductas como tomar una sobredosis, cortarse y quemarse tienen importantes propiedades de autorregulación y además son muy efectivas para provocar conductas de ayuda de un ambiente que de otro modo ignora los esfuerzos por aliviar el intenso dolor emocional. Desde esta perspectiva, las conductas disfuncionales características del trastorno límite de la personalidad pueden considerarse soluciones inadaptadas a un afecto negativo abrumador e intensamente doloroso.

DILEMAS DIALÉCTICOS

Linehan (1993a) describe los **dilemas dialécticos** como patrones conductuales del cliente que suelen interferir con la terapia. Esos patrones conductuales, conocidos también como **objetivos secundarios** en el tratamiento (en comparación con otros objetivos que se describen más adelante), representan seis conductas dicotomizadas en un conjunto de tres dimensiones de conducta definidas por sus polos opuestos (figura 10-1). En un extremo de cada dimensión se encuentra la conducta que teóricamente tiene influencia biológica más directa a través de los déficits en la regulación emocional. En el otro extremo se encuentra la conducta que ha sido socialmente reforzada en el ambiente invalidante. Esos objetivos secundarios son característicos de la gente diagnosticada con trastorno límite de la personalidad que a menudo interfieren con el cambio, y por ende con la terapia.

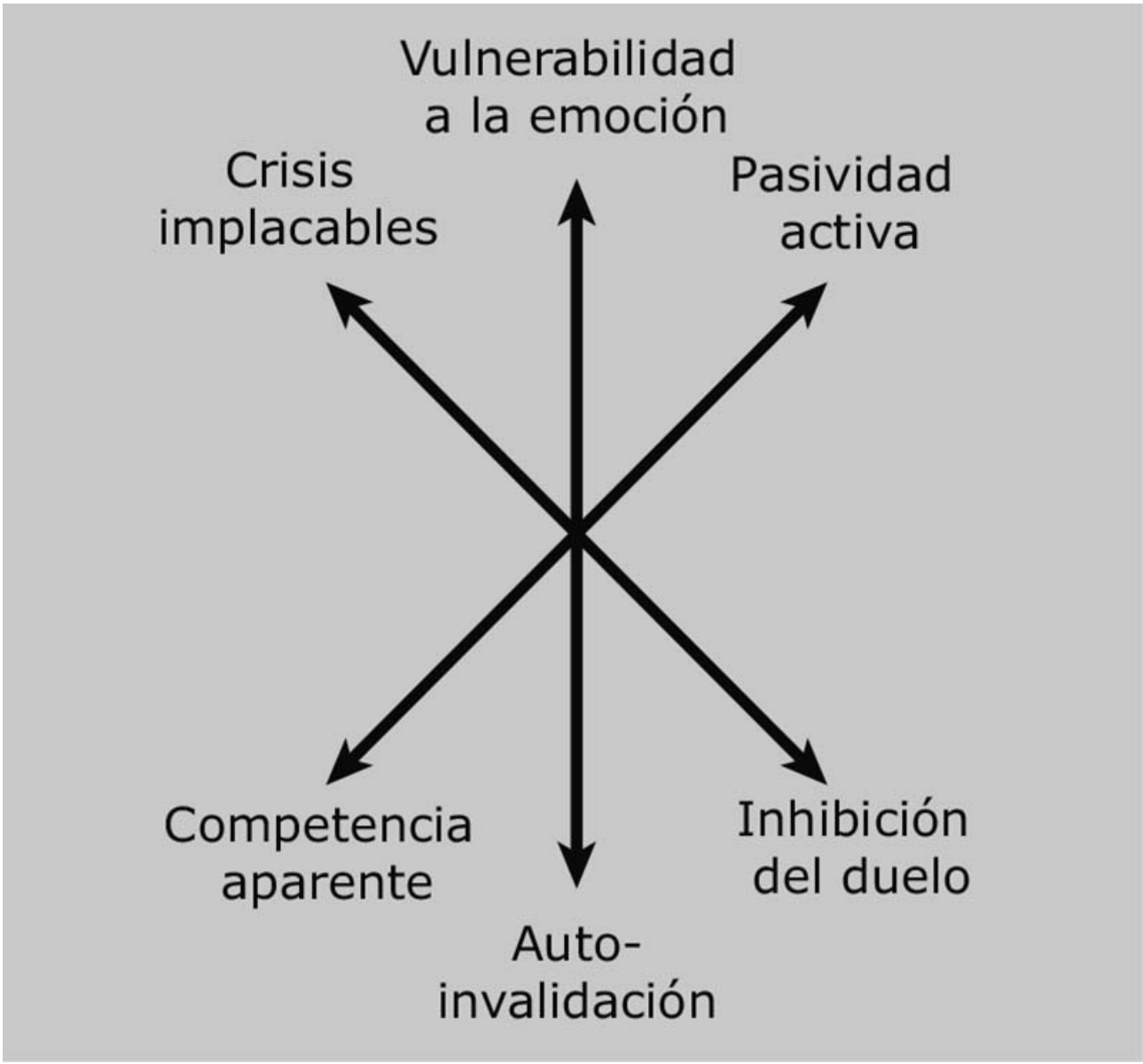


Figura 10-1. Dilemas dialécticos en la terapia dialéctica conductual.

Vulnerabilidad a la emoción-autoinvalidación

Uno de los dilemas dialécticos es representado por un lado por la vulnerabilidad emocional con influencia biológica (p. ej., la sensación de estar fuera de control o de caer en el abismo) y por el otro por la autoinvalidación con influencia social (p. ej., odio y desdén hacia sí mismo, desprecio por los logros alcanzados). Junto con esta dimensión de conducta, es común que los clientes con trastorno límite de la personalidad oscilen entre la consciencia aguda de su sufrimiento emocional intenso, insoportable e incontrolable, por un lado, y la desestimación, crítica, invalidación de su propio sufrimiento y desesperanza, por el otro.

En este caso, al hablar de vulnerabilidad a la emoción se hace referencia a la aguda experiencia y comunicación del cliente de su vulnerabilidad y su insoportable dolor emocional. **Vulnerabilidad** se refiere a la experiencia aguda más que la sensibilidad a las señales emocionales que define el término cuando se discuten las dificultades asociadas con la disregulación emocional de la persona con un diagnóstico del trastorno límite de la personalidad. En el trastorno límite de la personalidad son comunes tres reacciones a la vulnerabilidad emocional: (1) congelamiento o disociación ante una emoción intensa; (2) ira, que puede dirigirse a la sociedad en general o a la gente que se considera invalidante; y (3) desesperación intensa. En este caso el suicidio puede ser una forma en que la persona intenta comunicar a los demás la profundidad de su sufrimiento ("Te voy a mostrar") y, o como escape de una vida insoportable.

En el otro extremo de esta polaridad está la autoinvalidación. Lo que se invalida, en esencia, es la experiencia emocional y las respuestas disreguladas de la persona. En este caso, el patrón típico es reaccionar al dolor emocional con culpa y odio intensos hacia uno mismo. Esas personas se identifican como perpetradores, lo que tiene como resultado niveles intensos de vergüenza y desdén hacia sí mismas ("No hay nada malo en mí, sólo soy una mala persona"). También es común el perfeccionismo dependiente del estado; en este caso el individuo minimiza, ignora o desprecia la dificultad de su propia vida y puede sobreestimar la facilidad de solución de los problemas actuales. Por desgracia, esto suele dar inicio a un ciclo que puede terminar en muerte. El perfeccionismo extremo a la larga suele llevar al fracaso, sobre todo en personas que sobreestiman sus capacidades, a su vez el fracaso da lugar al odio por sí mismo, lo que da pie a conductas suicidas en esas personas. Por último, la autoinvalidación puede expresarse también por medio de la supresión obstinada, lo que significa que el individuo niega empecinadamente la experiencia de toda emoción. Con frecuencia la gente que llega a nuestros consultorios simplemente afirma "No siento nada". Como sucede con la vulnerabilidad a la emoción, las consecuencias letales de esas conductas indican la necesidad de prestar atención directa y activa a la autoinvalidación.

Pasividad activa-Competencia aparente

Una segunda dimensión es la tendencia a la pasividad activa frente a la conducta mediada socialmente de la competencia aparente. Cualquier polo de esta dimensión puede dar lugar al enojo, culpa o vergüenza por parte del cliente, y a una tendencia del terapeuta a sub o sobreestimar las capacidades del cliente.

La **pasividad activa** puede definirse como pasividad del individuo en la solución de sus problemas a la vez que involucra a otros en esa tarea. También puede describirse como pasividad que aparenta ser un proceso activo de negarse a ver los problemas inminentes. En cierto sentido, la gente con un diagnóstico del trastorno límite de la personalidad no parece tener la capacidad de regularse internamente, en particular cuando se requiere la regulación de conductas que no dependen del estado de ánimo. El sí mismo de las personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad parece ser "relacional" en lugar de "autónomo"; es decir, son reguladas por sus ambientes más

que por diálogos, elecciones y decisiones internas. Su mejor forma de autorregulación es regular su ambiente de forma tal que éste les proporcione luego la regulación que necesitan. El problema es que para manejar el ambiente y obtener el apoyo que uno necesita se requiere de mucha coherencia y regulación emocional, características que suelen ser difíciles para los individuos diagnosticados con trastorno límite de la personalidad. Lorna Benjamin describió esta característica como "Mi miseria está a sus órdenes" (1996, p. 192).

En el lado opuesto de la polaridad está la "Competencia aparente", que se refiere a la tendencia de otras personas a sobreestimar las capacidades del individuo con trastorno límite de la personalidad. Es decir, esta característica no es definida por la conducta del individuo con el trastorno, sino por la conducta del observador. Esta dificultad para percibir con precisión sus dificultades y su "discapacidad" tiene graves efectos en las personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad. No sólo no reciben la ayuda que necesitan, sino que su dolor emocional y sus dificultades pueden ser fácilmente invalidadas, lo que da lugar a una profunda sensación de incomprensión. Muchos patrones conductuales pueden precipitar esta sobreestimación de la competencia del individuo con el trastorno límite de la personalidad. Como resultado de una discrepancia importante entre las presentaciones verbales y no verbales del individuo con trastorno límite de la personalidad, es frecuente que éste crea haber comunicado lo suficiente su nivel de angustia cuando lo que el observador interpreta es que el individuo está manejando adecuadamente una situación difícil.

Un ejemplo sería el de una mujer que habla de manera despreocupada y sin emoción sobre sus impulsos suicidas después de una pelea con su marido. A las personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad también suele resultarles difícil generalizar conductas entre situaciones, en especial en las relaciones. Por ejemplo, la persona puede exhibir una conducta adecuada de afrontamiento en presencia de otra persona, digamos el terapeuta, pero ser incapaz de hacerlo cuando está sola o cuando está con alguien más. El resultado comprensible es que el terapeuta no puede anticipar la disregulación que ocurre cuando el cliente sale de la sesión. También puede ser difícil la generalización de conductas de afrontamiento entre estados de ánimo diferentes, la persona puede resolver un problema si se encuentra en un determinado estado de ánimo, pero no en otro. Darse cuenta de ello no sería difícil si los cambios en el estado de ánimo fuesen evidentes para el observador, pero a menudo no lo son. Por consiguiente, para poder estimar con precisión la competencia de la persona es menester que tanto el observador como el terapeuta, anticipen constantemente los posibles cambios en el estado de ánimo para poder predecir lo que un cliente podría hacer o no. Esta característica, más que en cualquier otra, es la que muy a menudo lleva al cliente a salir de la sesión, dejando al terapeuta con la impresión de que todo está bien, sólo para terminar dos horas más tarde en la sala de emergencias con un intento suicida. En ocasiones, los fracasos del cliente no son otra cosa que fracasos del terapeuta (y a menudo también del cliente) para predecir con precisión la conducta futura.

Crisis implacables-inhibición del duelo

La tercera dimensión de conducta es la tendencia del cliente con trastorno límite de la personalidad a experimentar la vida como una serie de crisis constantes que se oponen a la conducta de **inhibición del duelo** (es decir, incapacidad de experimentar emociones asociadas con traumas o pérdida significativas). El cliente experimenta cada uno de esos extremos de forma que facilite el desplazamiento hacia el otro extremo, por ejemplo, tratar de inhibir las experiencias emocionales relacionadas con crisis actuales puede resultar en conductas problemáticas que se suman a las crisis existentes. Igual que en todos esos dilemas dialécticos, la solución es que terapeuta y cliente se esfuercen por alcanzar una posición más equilibrada que represente una síntesis de los polos opuestos.

La vida de las personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad que experimentan crisis constantes suele caracterizarse como caótica. "Crisis" se define como la ocurrencia de problemas que son extremos, con una importante presión para resolverlos con prontitud. La consecuencia de las crisis constantes es el lento desgaste tanto del individuo con el trastorno como de sus recursos ambientales, familia, amigos, compañeros e incluso el terapeuta. Existen tres escenarios típicos que resultan en un patrón de crisis constantes. Primero, la gente con impulsividad y disregulación emocional extremas se involucra en conductas que resultan en situaciones de crisis. El mal juicio es un elemento clave a evaluar cuando se analizan las conductas impulsivas de las personas con un diagnóstico del trastorno límite de la personalidad. Segundo, las situaciones que no empiezan como crisis pueden volverse críticas con rapidez por la falta de recursos. Esto puede obedecer a la posición socioeconómica o a la falta de apoyo de la familia o de los pares. Finalmente, las crisis constantes pueden deberse simplemente al destino o a la mala suerte, en un momento dado, fenómeno que está fuera del control de la persona. Por ejemplo, un cliente podría enfrentar un desastre inesperado en su departamento porque el vecino dejó correr el agua en su fregadero por un lapso prolongado; el agua podría dañar el piso de su departamento y el cliente podría no contar con los recursos financieros para pagar el seguro del arrendador o para sustituir la alfombra, lo que deja el departamento inhabitable y al cliente sin un lugar donde quedarse. Este problema está fuera del control de la persona, pero es ella quien tiene la responsabilidad de resolverlo.

En el otro extremo, y a menudo precipitado por una crisis, está el fenómeno de **inhibición del duelo**. En este contexto, **duelo** se refiere al proceso de aflicción que incluye experimentar no sólo una tristeza profunda, sino múltiples emociones dolorosas asociadas con la pérdida, en particular la pérdida traumática. Las personas con un diagnóstico del trastorno límite de la personalidad pueden no ser capaces de experimentar o procesar el duelo asociado con la pérdida de la vida que esperaban para sí y por lo general no creen que puedan recuperarse del duelo si intentan experimentarlo o afrontarlo por su cuenta. Como nos dijo un cliente, "No siento tristeza", otro más dijo "Si me siento triste muero". La gente diagnosticada con trastorno límite de la personalidad puede no reconocer su propia evitación y negación emocional. Por ende, es crucial que el terapeuta preste atención a la evitación emocional, en particular la tristeza y el duelo, y ayude a los clientes a pasar el proceso de duelo. Las áreas que deben ser confrontadas,

lloradas y finalmente aceptadas incluyen una niñez dolorosa e insuperable, una estructura biológica que dificulta la vida en lugar de facilitarla, incapacidad para "encajar" en muchos ambientes, ausencia de gente querida en el ambiente actual o la pérdida de la esperanza de un futuro particular que uno deseaba ardientemente.

El cliente debe enfrentar el hecho de que las pérdidas atroces pueden ser reales y que podría tener razón al creer que no podría salir del abismo si cae en uno. Con independencia de la situación que debe ser llorada, la evitación de esas situaciones puede dar lugar a más vergüenza. Misma que resulta de creer que uno no es querido, que se quedó solo o que no podrá afrontar las situaciones emocionales. Muchos clientes creen que si empiezan a abordar cualquiera de esas áreas no serán capaces de funcionar en sus vidas y a menudo tienen razón, ya que no tienen las habilidades ni los recursos que los ayuden en el proceso de experimentar las emociones. A menudo se les dice que el manejo del duelo o el procesamiento de las emociones requiere ir al cementerio a rendir homenaje a lo que se perdió, pero no es buena idea construir una casa en el cementerio y quedarse a vivir ahí. Es un lugar al que se puede ir de visita, experimentar la tristeza de la pérdida y luego irse. El uso de esta metáfora ha ayudado a muchos de nuestros clientes a experimentar emoción sin caer en el abismo.

ETAPAS DE LA TERAPIA Y METAS DEL TRATAMIENTO

En teoría, el tratamiento de todos los clientes con trastorno límite de la personalidad debe ser organizado y determinado con base en el nivel de su trastorno, y se considera que ocurre en etapas. El **nivel del trastorno** se refiere a la severidad, generalidad, complejidad, discapacidad y amenaza que presenta el cliente; según el nivel actual de su trastorno, los clientes pueden pasar por cinco etapas del tratamiento. Primero, en una etapa previa al tratamiento, se prepara al cliente para la terapia y se obtiene su compromiso de trabajar para alcanzar varias metas del tratamiento. Es probable que en todas las etapas se retomen la orientación a metas y estrategias específicas de tratamiento y el compromiso para trabajar por la obtención de las mismas.

En la primera etapa la atención se concentra en estabilizar al cliente y obtener control de la conducta. Las conductas fuera de control incluyen las que están desordenadas por la gravedad del trastorno (p. ej., las que se ven en un cliente claramente psicótico), o la combinación de gravedad y complejidad de múltiples diagnósticos (p. ej., como se ve en un cliente suicida con trastorno límite de la personalidad y trastorno de pánico y depresión comórbidas). Por lo general, los criterios para ubicar al cliente en la Etapa I tienen fundamento en el nivel de funcionamiento actual del cliente, aunado a su incapacidad para trabajar en cualquier otra meta antes de que se controlen su conducta y funcionamiento. Como Mintz (1968) sugirió al discutir el tratamiento del cliente suicida, todas las formas de psicoterapia son ineficaces con un cliente muerto. En las etapas posteriores (dos a cuatro), las metas del tratamiento son sustituir la "desesperación silenciosa" por la experiencia emocional traumática (Etapa 2); lograr felicidad e infelicidad "ordinarias" y disminuir los trastornos y problemas continuos en su vida (Etapa 3); resolver la sensación de no estar completo y lograr la libertad (Etapa 4). En resumen, el tratamiento se orienta a controlar primero la acción, luego ayudar al cliente a sentirse mejor, resolver problemas de su vida y el trastorno residual, y encontrar la libertad (y, para algunos, un sentido de trascendencia). La investigación realizada a la fecha se ha enfocado más en los clientes con trastornos graves o múltiples que entran al tratamiento en la Etapa 1. El constructo de etapas ayuda a planear y conceptualizar el tratamiento con el cliente, y a identificar el nivel apropiado de atención que se necesita.

Pretratamiento: orientación y compromiso

Las tareas específicas de orientación son dobles. Primero, cliente y terapeuta deben mutuamente llegar a la decisión informada de trabajar juntos. Por lo general, las primeras cuatro sesiones se presentan al cliente como oportunidades para explorar esta posibilidad. La entrevista diagnóstica, el inicio de la historia clínica y los análisis conductuales formales de conductas objetivo de alta prioridad pueden entretejerse en las sesiones iniciales o realizarse por separado. Segundo, cliente y terapeuta deben negociar un conjunto común de expectativas para dirigir los pasos iniciales de la terapia. Cliente y terapeuta discuten, resumen y coinciden específicamente en lo que cada uno puede esperar del otro. Cuando es necesario, el terapeuta intenta modificar las creencias

disfuncionales del cliente en relación con el proceso de la terapia. Los problemas abordados incluyen la tasa y magnitud de cambio que es razonable esperar, las metas y los procedimientos generales del tratamiento, así como varios mitos que el cliente puede tener sobre el proceso de la terapia en general. También se presenta la visión dialéctica o biosocial de la terapia dialéctica conductual. La orientación abarca varios puntos adicionales. Primero, la terapia dialéctica conductual se presenta como una terapia que requiere de una fuerte relación de colaboración entre cliente y terapeuta; no es un programa de prevención del suicidio, sino un programa de mejoramiento de la vida en que cliente y terapeuta operan como equipo para crear una vida que valga la pena vivirse. Segundo, la terapia dialéctica conductual se describe como una terapia conductual con énfasis principal en analizar las conductas problemáticas y sustituirlas con conductas habilidosas, y en cambiar las creencias inefectivas y los patrones rígidos de pensamiento. Tercero, se informa al cliente que la terapia dialéctica conductual es una terapia orientada a las habilidades con énfasis especial en el entrenamiento de habilidades conductuales.

Las estrategias de compromiso y orientación, equilibradas con estrategias de validación que se describen más adelante, son las estrategias más importantes en esta fase del tratamiento. Antes de que el cliente salga de la sesión, el terapeuta hace un gran esfuerzo por lograr que se comprometa a no cometer conductas suicidas o autolesivas no suicidas durante un periodo específico que puede ser de un año, seis meses, hasta la siguiente sesión o hasta el día siguiente.

Etapa 1: Adquisición de las capacidades básicas

El foco de atención principal en la primera etapa de la terapia es la adquisición de control conductual para construir un patrón de vida que sea razonablemente funcional y estable. Además, la terapia dialéctica conductual no se promueve como un programa de prevención del suicidio, sino que se enfoca en "construir una vida que valga la pena ser vivida". Por consiguiente, la meta principal de la primera etapa de la terapia dialéctica conductual es ayudar a los clientes a construir una vida que sientan que vale la pena ser vivida. Para alcanzar esta meta en la terapia enfocan el tratamiento a objetivos conductuales específicos acordados por el terapeuta y el cliente. Los objetivos específicos, en orden de importancia, son reducir las conductas que amenazan la vida (p. ej., intentos suicidas, ideación suicida, conductas autolesivas no suicidas, amenazas y conductas homicidas), conductas que interfieren con la terapia (p.ej., llegar tarde o faltar a las sesiones, no seguir el plan de tratamiento, ataques hostiles al terapeuta), y conductas que interfieren con la calidad de vida (p. ej., abuso de drogas, trastorno alimentario, indigencia, trastornos graves del Eje I), e incrementar las habilidades conductuales. Esos objetivos se abordan de manera jerárquica y en cada sesión reaparecen de manera recurrente como conductas de alta prioridad. Sin embargo, esto no significa que esas conductas deban ser abordadas en ese orden específico durante una sesión, significa que, con base en la jerarquía, todas esas conductas deben ser abordadas en algún momento dentro de la sesión. Por ejemplo, si un cliente llega a la sesión con una demora de 30 minutos (conducta que interfiere con la terapia) y en la semana interior intentó cometer

suicidio (conducta que amenaza la vida), el terapeuta puede decidir abordar primero la conducta que interfiere con la terapia y luego seguir con las conductas que amenazan la vida.

Con los clientes gravemente disfuncionales y suicidas, puede requerirse un año o más para lograr un progreso significativo en los objetivos de la primera etapa. Además de esos objetivos de la terapia, la meta de incrementar conductas dialécticas es universal a todos los modos de tratamiento. El pensamiento dialéctico anima a los clientes a ver que la realidad es compleja y multifacética, a mantener al mismo tiempo pensamientos contradictorios y aprender a integrarlos, y a sentirse cómodos con las incongruencias y las contradicciones. Ésta es una tarea formidable para las personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, cuyo pensamiento y comportamiento son extremos y dicotómicos. El énfasis dialéctico se aplica por igual a los patrones de conducta de un cliente porque se le anima a integrar y equilibrar las respuestas emocionales y conductuales manifiestas. En particular, surgen tensiones dialécticas en las áreas de mejoramiento de habilidades frente a la autoaceptación, la solución frente a la aceptación de problemas, y la regulación frente a la tolerancia del afecto. Los extremos conductuales, sean emocionales, cognitivos o respuestas manifiestas, se confrontan de manera constante mientras se enseñan respuestas más equilibradas.

Conductas que amenazan la vida

Por supuesto, mantener al cliente con vida debe ser la prioridad de cualquier psicoterapia. Por consiguiente, la prioridad de la terapia dialéctica conductual es disminuir las conductas de crisis suicidas (cualquier conducta que ponga al cliente en riesgo elevado e inminente de suicidio o que amenacen con hacerlo, incluyendo amenazas suicidas creíbles, planeación, preparaciones, obtención de medios letales, e intención suicida elevada). Este objetivo y su importancia se hacen explícitos lo mismo durante la fase de orientación que a lo largo del tratamiento por la sencilla razón de que la conducta suicida y el riesgo de suicidio son la preocupación primordial en el caso de los clientes con trastorno límite de la personalidad; dicha prioridad es compartida por cualquier conducta autolesiva no suicida aguda e intencional. La importancia que se concede al riesgo de suicidio y a la conducta autolesiva no suicida se debe a que son el mejor predictor del suicidio posterior. De igual modo, la terapia dialéctica conductual se enfoca también en la ideación suicida y las expectativas del cliente sobre el valor y las consecuencias a largo plazo de la conducta suicida, aunque éstas no necesariamente se fijan como objetivo directo.

Conductas que interfieren con la terapia

Mantener el trabajo colaborativo entre clientes y terapeutas es el segundo objetivo prioritario de la terapia dialéctica conductual. La necesidad de esa atención explícita obedece a la naturaleza crónica de la mayor parte de los problemas entre los clientes con trastorno límite de la personalidad, incluyendo su elevada tendencia a terminar la terapia de manera prematura y la probabilidad de agotamiento y conductas iatrogénicas en el

terapeuta que los atiende. Las conductas del cliente y del terapeuta que representen una amenaza para la relación o el progreso terapéutico se abordan de manera directa, inmediata, sistemática y constante, y, lo que es más importante, antes y no después de que el terapeuta o el cliente ya no quieran continuar.

Dentro de las sesiones se tratan las conductas que interfieren del cliente, incluyendo las que son un obstáculo para la terapia (p. ej., retardos o inasistencias, falta de transporte para asistir, disociar durante las sesiones) o para que otros clientes se beneficien de la terapia (en escenarios de grupo o de entornos terapéuticos; p. ej., vender drogas a otros clientes en el programa), y las que agotan o cruzan los límites personales del terapeuta (p. ej., llamadas repetidas por crisis a las 3:00 a.m., ataques verbales repetidos al terapeuta). Las conductas del terapeuta incluyen a cualquiera que sea iatrogénica (p. ej., reforzar inadvertidamente conductas disfuncionales), así como cualquier otra que provoque malestar innecesario al cliente o que dificulte el progreso (p. ej., retardos o inasistencias del terapeuta o que no regrese las llamadas telefónicas en un tiempo razonable). Esas conductas son enfrentadas en las sesiones cuando son sacadas a colación por el cliente o por el terapeuta, y también se discuten en las reuniones de consulta y supervisión.

Conductas que interfieren con la calidad de vida

El tercer objetivo de la Etapa 1 aborda todas las otras conductas que interfieren con la posibilidad de que el cliente tenga una calidad de vida razonable. Las conductas típicas en esta categoría incluyen el abuso grave de drogas, episodios severos de depresión mayor, trastornos alimentarios graves, conductas sexuales de alto riesgo y fuera de control, dificultades financieras extremas (gastos o apuestas incontrolables, incapacidad para manejar las finanzas), conductas delictivas que conlleven el riego de encarcelamiento, conductas disfuncionales relacionadas con el empleo o la escuela (un patrón de abandonar prematuramente el empleo o la escuela, de hacerse despedir o reprobar, de no comprometerse con ninguna actividad productiva), conductas disfuncionales relacionadas con la vivienda (vivir con gente abusiva, no encontrar un alojamiento estable), patrones relacionados con la salud mental (entrar y salir de hospitales, no tomar o abusar de los medicamentos prescritos), y problemas relacionados con la salud (no buscar tratamiento para enfermedades físicas serias). En este caso la meta es que el cliente alcance un estilo de vida estable que cumpla estándares razonables de seguridad y funcionamiento adecuado.

En casos necesarios, la terapia dialéctica conductual incorpora otras intervenciones conductuales basadas en la evidencia para abordar conductas específicas que interfieren con la calidad de vida. Como esta forma de terapia es un tratamiento que se fundamenta en principios, permite la integración constante de otros protocolos siempre que sean compatibles con la filosofía y las suposiciones básicas de la terapia dialéctica conductual. Por ejemplo, recientemente se agregó, a la terapia dialéctica conductual, un protocolo de exposición prolongada para tratar el trastorno de estrés postraumático en clientes con trastorno límite de la personalidad y altamente suicidas (Harned, Korslund, Foa y Linehan, 2012). Siguiendo las directrices de Harned y colaboradores para obtener la

disposición del cliente y la implementación del protocolo dentro de la terapia dialéctica conductual estándar, se realizó un estudio piloto con 13 mujeres con un diagnóstico comórbido de trastorno límite de la personalidad y trastorno por estrés postraumático, además de un alto riesgo de suicidio. Los resultados demostraron que 70% presentaba mejoría confiable en los síntomas de trastorno por estrés postraumático y una tasa de remisión de 60%, resultados similares a los hallazgos de la exposición prolongada en las publicaciones estándar sobre el trastorno por estrés postraumático.

Habilidades conductuales

El cuarto objetivo de la primera etapa es que el cliente logre una capacidad razonable para adquirir y aplicar conductas habilidosas en las áreas de tolerancia al malestar, regulación emocional, efectividad interpersonal, automanejo y capacidad de responder con consciencia y sin ser crítico (habilidades de mindfulness o atención plena). En el programa para pacientes ambulatorios, la responsabilidad principal del entrenamiento de habilidades recae en la reunión grupal que se realiza cada semana para ese fin como parte de la terapia dialéctica conductual. El terapeuta individual supervisa la adquisición y uso de habilidades a lo largo del tiempo y ayuda al cliente a aplicarlas a situaciones problemáticas específicas de su vida. Además, es función del terapeuta individual, y no del líder del grupo de habilidades, proporcionar al cliente asesoría sobre las habilidades según se necesite cuando surjan problemas.

Etapa 2: Desesperación silenciosa

La primera etapa de la terapia conductual adopta una aproximación directa al manejo de los patrones disfuncionales de conducta y regulación emocional. Aunque pueden explorarse y advertirse las conexiones entre la conducta actual y sucesos traumáticos previos (incluyendo los de la niñez), el tratamiento se concentra, sin lugar a duda, en analizar la relación entre pensamientos, sentimientos y conductas actuales, así como en la aceptación y cambio de los patrones actuales. El propósito de la segunda etapa de la terapia dialéctica conductual es reducir la **desesperación silenciosa,** que puede definirse como un dolor emocional extremo en presencia de control de la acción (Linehan *et al.,* 1999). En esta etapa se plantea como objetivo una gran variedad de dificultades para la experiencia emocional (p. ej., evitación de las emociones y de señales relacionadas con éstas), esto con la meta de aumentar la capacidad para la experimentación emocional normativa (es decir, la capacidad para experimentar el rango completo de emociones sin una escalada emocional extrema o descontrol conductual). La segunda etapa aborda cuatro metas: recordar y aceptar los hechos de sucesos angustiantes y, o traumáticos tempranos; disminuir la estigmatización y la culpa que suelen asociarse con la invalidación social traumática; reducir la oscilación de los síndromes de negación y respuesta intrusiva; y resolver las tensiones dialécticas concernientes a la asignación de la culpa por dificultades pasadas.

Etapa 3: Resolver problemas de vida y aumentar el autorrespeto

En la tercera etapa, la terapia dialéctica conductual se dirige a la inaceptable experiencia de infelicidad y a los problemas en la vida del cliente. Los clientes con trastorno límite de la personalidad ubicados en esta etapa ya realizaron en las dos etapas anteriores el trabajo necesario para resolver problemas o su alteración nunca fue lo suficientemente grave para necesitarlo. Aunque los problemas en esta etapa pueden ser todavía de consideración, el individuo es funcional en los principales dominios de la vida. En este caso la meta es que el cliente logre un nivel común de dicha y desdicha, así como un respeto independiente por sí mismo. Para este fin, se ayuda al cliente a valorar, creer, confiar y validarse a sí mismo. Se pretende que el cliente sea capaz de evaluar su conducta de manera no defensiva, que pueda confiar en sus respuestas y sostenerse en las autoevaluaciones, con independencia de las opiniones de otros. Por último, el terapeuta debe retroceder y reforzar persistentemente los intentos independientes del cliente por validarse, cuidar de sí mismo y resolver problemas. Aunque la meta no es que los clientes se vuelvan independientes de toda la gente, es importante que logren confiar en sí mismos lo suficiente para poder relacionarse y confiar en otros sin invalidarse.

Etapa 4: Adquirir la capacidad de ser libre y experimentar alegría de forma sostenida

La etapa final de tratamiento con la terapia dialéctica conductual se propone resolver la sensación de estar incompleto y el desarrollo de la capacidad para sentir alegría de forma sostenida. El énfasis en la libertad incluye la meta de liberarse de la necesidad de que los deseos sean satisfechos o de cambiar la vida actual o las respuestas conductuales y emocionales. Las metas son la ampliación de la consciencia, la culminación espiritual y avanzar en el flujo de la experiencia. Para los clientes que se encuentran en la cuarta etapa pueden ser de gran beneficio la psicoterapia orientada al insight, prácticas o dirección individual, y otros tratamientos organizados alrededor de la experiencia y, o experiencias de vida.

ESTRUCTURACIÓN DEL TRATAMIENTO: FUNCIONES Y MODOS

Funciones del tratamiento

La terapia dialéctica conductual estándar está estructurada alrededor de cinco funciones esenciales: (1) mejorar las capacidades conductuales ampliando el repertorio de patrones conductuales diestros del individuo; (2) mejorar la motivación del cliente para el cambio disminuyendo el reforzamiento de conductas disfuncionales y de respuestas de alta probabilidad (cogniciones, emociones, acciones) que interfieran con las conductas efectivas; (3) asegurar que las nuevas conductas se generalicen del escenario terapéutico al ambiente natural; (4) mejorar la motivación y las capacidades del terapeuta, de modo que el tratamiento sea efectivo; y (5) estructurar el ambiente de modo que se refuercen conductas adecuadas en lugar de conductas disfuncionales.

Modos de tratamiento: Quién hace qué y cuándo

La responsabilidad de realizar las funciones y cumplir las metas de la terapia dialéctica conductual estándar se distribuye entre los diversos modos de tratamiento donde el foco y la atención varían de acuerdo con el modo de terapia. El terapeuta individual (que es siempre el terapeuta principal en la terapia dialéctica conductual) atiende al orden de los objetivos y junto con el cliente es responsable de organizar el tratamiento de forma tal que se cumplan todas las metas. En el entrenamiento de habilidades se establece como objetivo un conjunto diferente de metas, mientras que en las llamadas telefónicas tiene precedencia otra jerarquía de objetivos. En el modo de consulta y supervisión, los objetivos son las conductas del terapeuta. Los terapeutas que participan en más de un modo de terapia (p. ej., individual, de grupo, y por asesoría telefónica) deben conocer las funciones y el orden de objetivos específicos a cada modo, y cambiar con suavidad de una jerarquía a otra conforme cambien los modos del tratamiento.

Terapia individual

La terapia dialéctica conductual asume que el tratamiento eficaz debe atender tanto a las capacidades y déficit en las habilidades conductuales del cliente como a los problemas motivacionales y de desempeño conductual que interfieren con el uso de respuestas habilidosas (función 2). Aunque existen muchas formas de llevar a cabo esos principios en la terapia dialéctica conductual, el terapeuta individual es responsable de la evaluación y solución de problemas, de resolver los déficit de habilidades y los problemas motivacionales, y de organizar otros modos para aproximarse a los problemas en cada área.

En la terapia individual ambulatoria se programan sesiones de 50 a 90 minutos, una vez por semana, aunque en los periodos de crisis o al inicio de la terapia las sesiones pueden realizarse dos veces por semana según se necesite. En la terapia individual, las prioridades de los objetivos específicos son las mismas que las prioridades generales de la

terapia que se revisaron antes; dentro de las sesiones individuales el foco terapéutico es determinado por el objetivo de mayor prioridad que sea relevante en el momento.

Aunque esta jerarquía no cambia a lo largo del tiempo, la relevancia de un objetivo sí lo hace. La relevancia es determinada por la conducta cotidiana más reciente del cliente (desde la sesión anterior) o por la conducta actual durante la sesión de terapia. Si se ha logrado un progreso satisfactorio en una meta o si la conducta no ha sido nunca un problema o no es evidente en el momento, entonces el terapeuta cambia su atención a otro objetivo del tratamiento de acuerdo con la jerarquía. La consecuencia de esta asignación de la prioridad es que cuando ocurren conductas suicidas de alto riesgo o conductas autolesivas intencionales, conductas que interfieren con la terapia o conductas graves que interfieren con la calidad de vida, se dedica a esos temas por lo menos parte de la agenda de la sesión. Si esas no ocurren en el momento, entonces es el cliente quien define los temas que se revisarán en las etapas 1, 3 y 4. El enfoque terapéutico (dentro de cualquier área temática discutida) depende de la etapa del tratamiento, las habilidades propuestas como objetivo para mejorar y cualquier objetivo secundario. Por ejemplo, durante la Etapa 1 cualquier problema o área temática puede conceptualizarse en términos de problemas interpersonales y habilidades necesitadas, oportunidades para la regulación de la emoción, y, o una necesidad de tolerancia al malestar. Durante la Etapa 3, independientemente del tema, el terapeuta se concentra en ayudar al cliente a disminuir los problemas de su vida y a adquirir respeto independiente, validación y aceptación de sí mismo tanto dentro de la sesión como en la vida cotidiana. (Por supuesto, esos objetivos se mantienen durante todo el tratamiento, pero en la tercera etapa el terapeuta retrocede un poco más y hace menos trabajo por el cliente que durante las dos etapas precedentes). Durante la segunda etapa la atención se concentra en reducir la **desesperación silenciosa** generalizada y en cambiar las emociones y significados psicológicos extremos que se asocian con señales de trauma.

Para los clientes sumamente disfuncionales es probable que la parte inicial del tratamiento necesariamente deba enfocarse en la parte superior de la jerarquía. Por ejemplo, si durante la semana previa ocurrió una conducta suicida o autolesiva sin intención suicida, la atención a ese comportamiento adquiere precedencia sobre la atención a las conductas que interfieren con la terapia. Aunque a menudo es posible trabajar en más de un objetivo (incluyendo los que son generados por el cliente) en una determinada sesión, los objetivos de alta prioridad tienen precedencia, aunque todos los objetivos relevantes deben ser tratados en la sesión en forma adecuada. Una vez más, no es necesario abordar los objetivos en un orden secuencial, sólo deben tocarse durante la sesión. Para determinar la relevancia de las conductas propuestas como objetivo resulta útil el uso de tarjetas diario que el cliente debe llenar por lo menos durante las dos primeras etapas y llevar a las sesiones semanales. El hecho de no llenar o llevar una tarjeta se considera una conducta que interfiere con la terapia y debe tratarse abiertamente como tal. Las tarjetas registran instancias diarias de conductas suicidas y autolesivas no suicidas, impulsos de causarse daño o de realizar conductas suicidas (en una escala de 0 a 5 puntos), “miseria”, consumos de fármacos (lícitos e ilícitos), y uso de

habilidades conductuales. Otras conductas propuestas como objetivos (episodios bulímicos, actividades cotidianas productivas, imágenes retrospectivas, entre otros) también pueden ser registradas en el área en blanco de la tarjeta. En la terapia dialéctica conductual, el terapeuta debe desarrollar el patrón de revisión rutinaria de la tarjeta al inicio de cada sesión. La tarjeta actúa como hoja de ruta para cada sesión, por lo que ésta no puede empezar hasta que se haya llenado la tarjeta diaria. Si la tarjeta indica que ocurrió una conducta que amenazara la vida, se advierte y se discute. Si durante la semana se registraron impulsos fuertes de cometer suicidio o causarse daño, o si estos mostraron un incremento significativo (p. ej., un incremento de tres puntos o más en una escala de 0 a 5 puntos para los impulsos), se evalúan para determinar si el cliente está en riesgo de cometer suicidio. Si aparece un patrón de abuso o dependencia de drogas, se trata como una conducta que interfiere con la calidad de vida.

El trabajo en las conductas objetivo implica el uso de un conjunto coordinado de estrategias de tratamiento que se describen más adelante en este capítulo. En esencia, cada sesión es un equilibrio entre estructura y falta de estructura en la solución de problemas (incluyendo las simples actividades de interpretación del terapeuta) y validación no estructurada. La cantidad de tiempo del terapeuta que se asigna a cada una (solución de problemas y validación) depende de (1) la urgencia de las conductas que necesitan cambiar o de los problemas que deben ser resueltos, y (2) la urgencia de las necesidades de validación, comprensión y aceptación del cliente sin que se requiera de cualquier intimidación para cambiar. Sin embargo, en la sesión debe haber un equilibrio general entre las estrategias de cambio (solución de problemas) y las de aceptación (validación). La falta de equilibrio en la atención que se preste a cualquier lado puede resultar en una sesión no dialéctica, además de un impedimento para el progreso del cliente.

Entrenamiento de habilidades

La necesidad de intervención en crisis y atención a otros objetivos primarios hace que la adquisición de habilidades dentro de la psicoterapia individual resulte muy difícil. Por consiguiente, un componente separado del tratamiento se enfoca directamente en la adquisición de las habilidades conductuales (función 1). En la terapia dialéctica conductual, esto suele concretarse en sesiones separadas de entrenamiento de habilidades que ocurren en un formato grupal una vez por semana, con una duración de dos a dos horas y media por lo menos durante seis meses y preferentemente durante un año.

El entrenamiento de habilidades también puede hacerse en un formato individual, aunque suele ser más difícil mantenerse enfocado en la enseñanza de nuevas habilidades en la terapia individual que en la de grupo. Después de que un cliente ha pasado dos veces por todos los módulos de actividades (es decir, durante un año), continuar el entrenamiento de habilidades es cuestión de preferencia y necesidad personal. Algunos programas de terapia dialéctica conductual han desarrollado grupos de graduados para los clientes que adquirieron las habilidades, pero todavía necesitan una consulta semanal para poder aplicarlas en forma eficaz a dificultades cotidianas. Es importante advertir que a la

fecha no existe investigación sobre la efectividad de esos grupos de graduados. En los programas para adolescentes es común invitar a miembros de la familia; otros programas incluyen también un grupo separado de entrenamiento de habilidades para amigos y familiares.

Cada grupo suele tener un líder y un colíder. Mientras que la función principal del líder es enseñar las habilidades, el colíder se concentra en manejar el proceso grupal para mantener a los integrantes enfocados y atentos al material enseñado, y en el procesamiento de la información (p. ej., asegurarse de que todos están en la página correcta, advertir los momentos en que una invalidación del líder llevó a uno de los miembros a cerrarse, despertar a alguien, sentarse al lado de alguien que llora durante la sesión grupal). Se ha encontrado que si el líder intenta desempeñar ambas funciones por sí solo, se vuelve difícil mantener la concentración del grupo y al líder enfocado en la enseñanza de las habilidades. A menudo es más difícil aprender el papel del colíder.

En la terapia dialéctica conductual, el entrenamiento de habilidades sigue un formato psicoeducativo. En contraste con la terapia individual, en que la agenda es definida principalmente por el problema que debe ser resuelto, la agenda del entrenamiento de habilidades es establecida por la habilidad que debe enseñarse. Como se mencionó antes, el entrenamiento de habilidades también usa una jerarquía de objetivos de tratamiento para mantener al grupo enfocado: (1) conductas que destruyen la terapia (p. ej., consumir drogas en las instalaciones, lo que puede dar lugar a que la clínica sea cerrada; daño a la propiedad, amenaza de suicidio inminente o conducta homicida hacia un compañero del grupo o el terapeuta); (2) incrementar la adquisición y fortalecimiento de habilidades; y (3) disminuir las conductas que interfieren con la terapia (p. ej., negarse a hablar en un escenario grupal, caminar inquieto en medio de las sesiones, atacar al terapeuta y, o a la terapia). Sin embargo, en el entrenamiento de habilidades no se concede a las conductas que interfiere con la terapia la atención que reciben en el modo de psicoterapia individual. Si dichas conductas fueran el foco principal de atención, nunca habría tiempo para enseñar habilidades conductuales. Por lo general, las conductas que interfieren con la terapia se ponen en un programa de extinción, mientras el cliente es "enfocado" y tranquilizado al mismo tiempo por el entrenamiento de habilidades. En la terapia dialéctica conductual se requiere que todos los clientes que pasan por el entrenamiento de habilidades reciban al mismo tiempo psicoterapia individual. A lo largo del entrenamiento grupal o individual de habilidades, se exhorta a cada cliente a tratar con su terapeuta principal otras conductas problemáticas; si se desarrolla un riesgo grave de suicidio, el terapeuta encargado del entrenamiento de habilidades refiere el problema al terapeuta principal.

Aunque todas las estrategias descritas abajo son empleadas tanto en la psicoterapia individual como en el entrenamiento de habilidades, la mezcla es decididamente diferente. En el entrenamiento de habilidades predominan las estrategias de cambio para la adquisición, fortalecimiento y generalización de las habilidades. Además, el entrenamiento de habilidades es mucho más estructurado que el componente de la terapia individual. La mitad de cada sesión de entrenamiento de habilidades se dedica a revisar la

tarea de práctica de las habilidades que están siendo enseñadas, mientras que la otra mitad se dedica a presentar y practicar las nuevas habilidades. A excepción de los momentos en que problemas interpersonales en proceso amenazan gravemente el progreso, la agenda y los temas a discutir en el entrenamiento de habilidades por lo general están predeterminados.

En el curso de seis meses se enseñan cuatro módulos de habilidades sobre una base rotatoria. En la terapia dialéctica conductual estándar, las habilidades de mindfulness (o atención plena) se enseñan durante dos semanas consecutivas al inicio de cada uno de los módulos subsecuentes. Los nuevos miembros se integran al grupo, ya sea durante las dos semanas dedicadas a mindfulness o en las dos primeras semanas del módulo posterior.

Las habilidades de mindfulness se consideran esenciales en la terapia dialéctica conductual, por lo que se les denomina habilidades "centrales". Dichas habilidades representan una traducción conductual de la práctica de la meditación (incluyendo el zen y la oración contemplativa) e incluyen la observación, descripción, participación espontánea, actitud sin juicios, enfocarse en la consciencia y en la efectividad. A diferencia de las terapias conductuales y cognitivas estándar, que por lo general se proponen modificar las emociones y sucesos angustiantes, la terapia dialéctica conductual hace énfasis en aprender a manejar el dolor con destreza. Las habilidades de mindfulness reflejan la capacidad de experimentar y observar los pensamientos, emociones y conductas propias sin evaluarlas y sin tratar de cambiarlas o controlarlas. Las habilidades de tolerancia del malestar comprenden dos tipos de habilidad. Primero, las habilidades de sobrevivencia a las crisis se utilizan para regular la conducta a fin de manejar las situaciones dolorosas sin empeorarlas (p. ej., sin involucrarse en conductas que amenacen la vida) hasta que el problema pueda ser resuelto. Segundo, las habilidades de "aceptación de la realidad" se utilizan para tolerar el dolor causado por los problemas que no pueden ser resueltos en el futuro inmediato o que ocurrieron quizá en el pasado y por ende no podrán cambiarse nunca.

Las habilidades de regulación emocional se enfocan en la reducción del malestar emocional e incluyen la identificación y etiquetamiento del afecto, atención plena (mindfulness) de las emociones actuales (es decir, experimentarlas sin juicios), identificación de los obstáculos para cambiar las emociones, incrementar la resiliencia, y actuar de manera opuesta a la emoción. Las habilidades de efectividad interpersonal enseñan métodos eficaces para decidir sobre los objetivos dentro de situaciones de conflicto (sea pidiendo algo o diciendo "no" a una petición) y estrategias que maximicen la posibilidad de alcanzar esos objetivos sin dañar la relación o sacrificar el respeto por sí mismo.

Es importante destacar aquí una habilidad que es esencial en el módulo de regulación de la emoción de la terapia conductual dialéctica: la habilidad para la acción opuesta. Esta habilidad de regulación de la emoción anima a los clientes a actuar de manera contraria a su impulso emocional con el fin de disminuir su activación emocional. La premisa teórica detrás de la acción opuesta es que actuar de acuerdo con el impulso asociado con una emoción aumenta la probabilidad de que esa emoción se dispare de nuevo (Linehan,

Bohus y Lynch, 2007). Se enseña a los clientes que revertir los componentes expresivos (p. ej., expresión facial, postura, tono de voz) y de acción de las respuestas emocionales es común a muchos tratamientos que abordan los trastornos emocionales y, en esencia, puede ser uno de los mecanismos principales de cambio en la psicoterapia efectiva. Por ejemplo, los tratamientos eficaces para la ansiedad se realizan con base en los principios de exposición y prevención de respuesta que fomentan la sustitución activa de una conducta congruente por una que sea incongruente con la emoción (p. ej., Foa y Kozak, 1986). La habilidad de la acción opuesta amplia este principio para poder aplicarlo a todas las emociones y no sólo al temor. También proporciona recomendaciones específicas de la forma exacta de llevar a cabo acciones opuestas para cada emoción problemática. Por consiguiente, si una emoción no está justificada en la situación o no es efectiva, la acción opuesta involucra (1) exposición a los estímulos o señales que provocan la emoción, (2) bloqueo de la conducta instigada por el impulso a la acción de la emoción, y (3) actuar de una manera que sea contraria o incongruente con la respuesta emocional (Linehan, 1993b). Por ejemplo, el impulso a la acción del temor es la evitación; por consiguiente, la acción opuesta consiste en aproximarse a la situación. En el caso del enojo el impulso a la acción es atacar física o emocionalmente, apretar los puños y juzgar la situación. Por ende, la acción opuesta al enojo implica abandonar la situación poco a poco, soltar los puños y abrir las palmas de las manos, relajar los hombros, hacer afirmaciones empáticas y esforzarse por generar empatía por la persona o situación que provocó el enojo (Linehan, 1993b, 2013).

La habilidad de la acción opuesta es muy similar a la recomendación hecha por Barlow en 1988 de cambiar las tendencias de acción para cambiar la ansiedad. De acuerdo con Barlow y colaboradores (2004), la emocionalidad negativa es un factor latente que subyace a los trastornos depresivos y de ansiedad; por consiguiente, propusieron un protocolo unificado de tratamiento para los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. El protocolo unificado de Barlow y colaboradores sugiere que las dificultades con las emociones negativas pueden ser tratadas mediante la modificación de las revaloraciones cognitivas antecedentes (es decir, la probabilidad de que ocurra un suceso y la probabilidad de un resultado catastrófico), la prevención de la evitación emocional y la facilitación de las tendencias de acción que no están asociadas con la emoción. En el caso de esta última estrategia, destacan que el paso crucial es impedir las tendencias de acción asociadas con la emoción y facilitar tendencias de acción diferentes, alentar la aproximación cuando las emociones sugieren evitación. Los ejemplos presentados son parecidos a la acción opuesta (p. ej., pedir a un individuo diagnosticado con el trastorno de ansiedad generalizada que se involucre en conductas no perfectas; alentar a alguien con problemas de ira a actuar de manera indiferente y pasiva; pedir a un individuo diagnosticado con depresión que actúe de manera activa y no se retraiga).

Las habilidades de automanejo se enseñan junto con las otras habilidades conductuales; sin embargo, no existe un módulo específico asignado a esas habilidades porque los principios conductuales son inherentes a toda la terapia dialéctica conductual. Las habilidades de automanejo incluyen conocimiento de los principios básicos del

aprendizaje y el cambio conductual, y la habilidad para establecer metas realistas, realizar el propio análisis conductual y llevar a la práctica planes de manejo de contingencias.

Consulta telefónica

Las llamadas telefónicas entre sesiones (u otros contactos fuera de la terapia cuando ésta se lleva a cabo en otros escenarios, p. ej., en unidades hospitalarias) son parte integral de la terapia dialéctica conductual. Las llamadas de consulta telefónica también siguen una jerarquía de objetivos: (1) proporcionar intervención en crisis y al mismo tiempo romper la relación entre las conductas suicidas y la atención del terapeuta; (2) ofrecer asesoría en habilidades y promover su generalización; y (3) brindar un contexto oportuno para reparar la relación terapéutica. En relación con las llamadas para asesoría en habilidades, el tema de la llamada telefónica varía dependiendo de la complejidad y gravedad del problema a ser resuelto y el tiempo que el terapeuta esté dispuesto a pasar en el teléfono. Es importante advertir que esas llamadas no se consideran sesiones de terapia y no deben usarse como tales. En situaciones sencillas o que ya están claras en que es relativamente fácil determinar lo que el cliente puede o debe hacer en la situación, la atención se centra en ayudarlo a usar las habilidades conductuales para tratar el problema (más que en las conductas disfuncionales).

Alternativamente, en el caso de problemas complejos o demasiado graves para que el cliente pueda resolverlos pronto, la atención se concentra en mejorar y tolerar la angustia y en inhibir las conductas disfuncionales de solución de problemas hasta la siguiente sesión. En el último caso, el objetivo de las llamadas telefónicas de asesoría no es resolver la crisis.

Con la excepción de tomar las medidas necesarias para proteger la vida del cliente cuando éste haya amenazado con cometer suicidio, todas las llamadas de ayuda se manejan de forma tan parecida como sea posible. Esto se hace para romper la contingencia entre conductas suicidas y autolesivas no suicidas y el incremento en el contacto telefónico. Para lograrlo, el terapeuta puede hacer una de dos cosas: negarse a aceptar cualquier llamada (incluyendo las llamadas en crisis suicidas) o insistir en que el cliente que llama durante una crisis suicida lo haga también en otras crisis y situaciones problemáticas. Como advierte Linehan (1993b), los expertos en conductas suicidas coinciden en la necesidad de que el terapeuta esté disponible para los clientes suicidas; por lo que la terapia dialéctica conductual elige el último curso de acción y anima (y en ocasiones insiste) en que se llame durante periodos de crisis no suicidas. En la terapia dialéctica conductual se considera que las llamadas poco frecuentes y las demasiado frecuentes son conductas que interfieren con la terapia. Mediante la orientación sobre las llamadas de asesoría en la fase previa al tratamiento el cliente aprende qué esperar durante las llamadas. Por ejemplo, un terapeuta puede comunicarle al cliente durante la sesión lo que preguntará durante la llamada; "¿Cuál es el problema? ¿Qué habilidades utilizó? ¿Dónde está su libro de habilidades? Búsquelo y averigüe qué otras habilidades puede usar para salir de esta situación". Es importante destacar que clientes y terapeutas pueden caer fácilmente en la trampa de considerar que el acto de llamar para una

consulta telefónica es una habilidad. Aunque pedir ayuda puede ser un objetivo real del tratamiento, no se considera una habilidad que deba usarse cuando el cliente está angustiado. El terapeuta quiere reforzar al cliente por un contacto efectivo; pero no quiere reforzar al cliente que no intenta usar las habilidades para manejar el problema que lo ocupa antes de llamar al terapeuta.

Además, durante la llamada, el terapeuta trata de equilibrar las estrategias enfocadas en el cambio con la validación. Es importante que esté consciente de los principios de manejo de contingencias que pueden ocurrir durante las llamadas telefónicas para no reforzar sin darse cuenta las conductas de crisis e incrementar el contacto entre sesiones.

Un entrenador en habilidades usa las llamadas telefónicas sólo para mantener al cliente en la terapia (lo que por supuesto incluyen mantener al cliente con vida cuando es necesario). Todos los otros problemas, incluyendo las crisis suicidas, son referidas al terapeuta principal tan pronto como sea posible. Se sabe que esa puede ser una de las distinciones más difíciles para los líderes de grupo. Los clientes llaman por diversas razones y la función del líder del grupo es referirlos sistemáticamente con el terapeuta individual.

La prioridad final de las llamadas telefónicas al terapeuta individual es reparar la relación. Es común que los clientes con trastorno límite de la personalidad experimenten reacciones emocionales demoradas a las interacciones ocurridas durante las sesiones. Desde la perspectiva de la terapia dialéctica conductual, no es razonable requerir que los clientes esperen toda una semana para lidiar con esas emociones por lo que se considera apropiado que el cliente llame para una breve charla "con el corazón en la mano". En esas situaciones, la función del terapeuta es calmar y tranquilizar. Los análisis profundos deben esperar hasta la siguiente sesión.

Equipo de consulta

La terapia dialéctica conductual asume que el tratamiento efectivo del trastorno límite de la personalidad debe prestar tanto atención a la conducta y experiencia del terapeuta durante la terapia como a la conducta del cliente. Tratar a clientes con trastorno límite de la personalidad es sumamente estresante y mantenerse en el marco de la terapia dialéctica conductual implica una enorme dificultad (función 4), de ahí que el tratamiento del terapeuta sea una parte integral de la terapia. Se requiere que cada terapeuta participe en un equipo de consulta, sea con otra persona o con un grupo. En la terapia dialéctica conductual se realizan reuniones de consulta cada semana a las que asisten terapeutas que en la actualidad ofrecen terapia dialéctica conductual. En ocasiones el escenario clínico requiere que la reunión del equipo sea parte de una reunión administrativa por restricciones de tiempo y espacio. Cuando eso ocurre, es importante establecer una agenda específica y limitaciones temporales para cada parte de la reunión (administración, terapia conductual dialéctica) para asegurar que se abordan los problemas de consulta del terapeuta. Las funciones de la consulta son mantener al terapeuta en el marco terapéutico y abordar los problemas que surgen durante el tratamiento. Por consiguiente, el objetivo principal es aumentar el cumplimiento de los

principios de la terapia dialéctica conductual en cada integrante del grupo de consulta. Este equipo de consulta se ve como una parte integral de la terapia dialéctica conductual; es decir, se considera una terapia grupal entre pares en que cada integrante es al mismo tiempo terapeuta y cliente para los otros terapeutas. La atención se centra en aplicar las estrategias de la terapia dialéctica conductual para incrementar las conductas de adhesión a la terapia dialéctica conductual y disminuir las conductas que se alejan de la misma.

Existen tres funciones principales de la consulta para los terapeutas en la terapia dialéctica conductual. Primero, un equipo de consulta ayuda a mantener a cada terapeuta individual en la relación terapéutica, la función consiste en animarlo y apoyarlo.

Segundo, el equipo de supervisión o consulta da equilibrio al terapeuta en sus interacciones con el cliente. Al brindar equilibrio los asesores pueden acercarse al terapeuta y ayudarlo a mantener una posición fuerte, o pueden alejarse de él y pedirle que se acerque al cliente para mantener el equilibrio. Tercero, dentro de la aplicación programática de la terapia dialéctica conductual, el equipo proporciona el contexto para el tratamiento.

UNIRSE AL EQUIPO DE CONSULTA

Cada equipo está integrado por terapeutas que en la actualidad ofrecen terapia dialéctica conductual a un cliente o están disponibles para hacerlo. El equipo de consulta es una comunidad de terapeutas que tratan a una comunidad de clientes. Antes de unirse es importante que el terapeuta tenga absoluta consciencia de su compromiso. Igual que sucede con los clientes en la fase previa al tratamiento de la terapia dialéctica conductual, los terapeutas deben hacer un compromiso con el equipo (tabla 10-2). El integrante del equipo que conduce la sesión de compromiso utiliza las mismas estrategias y técnicas empleadas en la primera sesión con un cliente de la terapia dialéctica conductual (p. ej., abogado del diablo, ventajas y desventajas, solución de problemas). Los nuevos terapeutas deben comprometerse a realizar las conductas enlistadas en la tabla 10-2, a empeñarse para aumentar su efectividad y adhesión en la aplicación de los principios de la terapia dialéctica conductual, y a responsabilizarse del tratamiento y los resultados de todos los clientes tratados por el equipo. Por ejemplo, los miembros del equipo acuerdan que, si un cliente que es tratado por cualquier integrante del equipo comete suicidio, entonces todos los miembros responderán "Sí" cuando se les pregunte si alguna vez tuvieron un cliente que se hubiera suicidado.

Tabla 10-2. Sesión de compromiso del equipo de consulta de la terapia conductual dialéctica

1. Mantener los acuerdos del equipo, en especial permanecer compasivo, atento y dialéctico.

2. Estar disponible para atender a un cliente en cualquier función con la que se haya unido al equipo (p. ej., terapeuta individual, entrenador grupal de habilidades, supervisor clínico, farmacoterapeuta).

3. Funcionar como terapeuta en el grupo (para el grupo) y no sólo como observador callado o como una persona que sólo habla de sus propios problemas.

4. Tratar las reuniones del equipo de la misma manera que se trata cualquier otra sesión de terapia de grupo (es decir, asistir puntual a las reuniones semanales [no agendar otros compromisos o clientes en ese horario], permanecer hasta el final, con los localizadores personales digitales y teléfonos fuera de la vista y, de ser necesario, apagados o en silencio).

5. Asistir a las reuniones del equipo adecuadamente preparados.

6. Estar dispuesto a dar consejo clínico a personas que tienen más experiencia (en especial cuando es difícil imaginar que uno es capaz de ofrecer algo útil).

7. Tener la humildad de admitir los errores y dificultades y la disposición a recibir la ayuda del grupo para resolverlos.

8. Mostrarse compasivos y sin juicios de los compañeros clínicos y los clientes. Sonar la campana para recordar que no se debe juzgar o estar desatento, pero no como instrumento para criticar a otro. La campana es un recordatorio, no un censor.

9. Evaluar apropiadamente el problema antes de dar soluciones (tratar a los demás como quisiera ser

tratado).

10. Señalar al "elefante de la habitación" cuando los demás ignoren o no vean al elefante.

11. Estar dispuesto a pasar por un análisis de cadena aunque sólo haya llegado 31 segundos tarde y hubiera llegado a tiempo de no ser porque la luz del semáforo siempre tarda un día entero en cambiar.

12. Participar en el equipo compartiendo las funciones de líder, observador, tomador de notas u otras tareas importantes para el funcionamiento del equipo.

13. Si siente que el equipo de consulta no está siendo útil o no le gusta la forma en que se conduce, decir algo al respecto en lugar de quedarse frustrado en silencio.

14. Hacer las correcciones necesarias en el equipo cuando se falte a las reuniones, porque el equipo sólo es tan fuerte como el eslabón más débil. Por consiguiente, se siente la ausencia de cualquiera de sus miembros.

15. Continuar incluso cuando se sienta agotado, frustrado, cansado, agobiado, poco apreciado, sin esperanza y poco eficiente (lo que por supuesto es más fácil prometer que hacer).

FORMATO DE LAS REUNIONES DE CONSULTA

Las reuniones del equipo de terapia dialéctica conductual pueden realizarse de múltiples formas. En la Universidad de Washington, las reuniones se llevan a cabo de la siguiente manera (aunque es importante señalar que el formato puede cambiar conforme cambian las necesidades de los miembros). Cada uno de los equipos de terapia dialéctica conductual tiene un líder identificado, que suele ser el terapeuta con más experiencia del equipo, cuya función es explicar los principios de la terapia dialéctica conductual cuando sea necesario para garantizar la fidelidad del tratamiento ofrecido. Además, un equipo puede tener un observador que hace sonar una campana cada vez que los miembros del equipo hacen comentarios críticos (en tono o contenido) sobre sí mismos, sobre los demás o sobre un cliente; se mantienen polarizados sin buscar una síntesis; pierden la atención por hacer dos cosas a la vez; o saltan a resolver un problema antes de evaluarlo. El punto de esas observaciones no es asignar culpas, sino enfocar la atención del equipo en la conducta y seguir adelante.

El equipo puede empezar con una práctica de mindfulness (atención plena), la cual puede cumplir varias funciones. Primero, facilita la transición de los miembros al equipo al participar plenamente y concentrarse en una sola cosa a la vez, usando una actitud acorde a la terapia dialéctica conductual. Segundo, puede brindar una oportunidad para que los integrantes del equipo mejoren sus habilidades al dirigir y ofrecer retroalimentación sobre la práctica con otros miembros del equipo. Los acuerdos del equipo de consulta (tabla 10-3) se han desarrollado para facilitar el marco de la terapia dialéctica conductual y contribuir a la creación de un ambiente de apoyo para el manejo de las dificultades entre cliente y terapeuta y entre terapeutas. Por consiguiente, durante sus reuniones un equipo puede decidir leer uno o todos los acuerdos. Lo más importante, el equipo establece una agenda que sigue la jerarquía de objetivos de la terapia dialéctica conductual, para lo cual se presta particular atención a las necesidades del terapeuta más que a los problemas del cliente. La agenda del centro usa el siguiente formato, aunque la prioridad asignada a los siguientes elementos puede variar dependiendo de las necesidades de un equipo individual: (1) la necesidad del terapeuta de recibir asesoría en relación con las crisis suicidas u otras conductas que amenacen la vida de los clientes; (2) conductas que interfieren con la terapia (incluyendo las ausencias y abandono del cliente, así como las conductas del terapeuta que interfieren con la terapia); (3) agotamiento y conductas del terapeuta que interfieren con la terapia; (4) deterioro severo o creciente en las conductas relacionadas con la calidad de vida; (5) informe de buenas noticias y de conductas efectivas del terapeuta; (6) un resumen del trabajo por parte de los líderes de grupo sobre el trabajo del grupo anterior de habilidades y el grupo de graduados; y (7) la discusión de temas administrativos (peticiones para salir del equipo o de la ciudad; contactos de nuevos clientes; cambios en los entrenadores de habilidades o tiempo para el grupo, formato del grupo de consulta, entre otros). Esta agenda se cubre en la reunión de consulta de una hora, y si bien puede parecer imposiblemente larga, por lo regular los terapeutas manejan su tiempo siendo explícitos sobre su necesidad de ayuda y consulta

del equipo.

Tabla 10-3. Acuerdos del equipo de consulta de la terapia dialéctica conductual

1. *Acuerdo dialéctico*: Aceptar una filosofía dialéctica según la cual no existe verdad absoluta. Cuando se esté atrapado entre dos opiniones en conflicto, se buscará la verdad en ambas posturas y tratar de encontrar una síntesis haciendo preguntas como "¿Qué se está quedando fuera?"

2. *Acuerdo de consulta con el cliente*: La meta principal de este grupo es mejorar nuestras habilidades como terapeutas dialéctico conductuales y no servir como un espacio para ser intermediarios de los clientes. Se acordó no tratar a los clientes ni a terapeutas como individuos frágiles. Acordamos tratar a otros miembros del grupo bajo el supuesto de que los demás pueden hablar por sí mismos.

3. *Acuerdo de congruencia.* Dado que el cambio es natural en la vida, se acepta la diversidad y el cambio tal como se presentan naturalmente. Esto significa que no se tienen que aceptar las posturas de los demás acerca de cómo responder a clientes específicos ni que ajustar nuestra conducta para hacerla congruente con la de los demás.

4. *Acuerdo de respetar los límites*. Respetar nuestros propios límites. Como terapeutas y miembros del grupo, acordamos no juzgar ni criticar a otros miembros por tener límites distintos a los nuestros (p. ej., demasiado amplios, demasiado estrechos, "correctos").

5. *Acuerdo de empatía fenomenológica*. Asuminos igualdad de condiciones, acordamos hacer interpretaciones no peyorativas o fenomenológicamente empáticas de la conducta de nuestros clientes, nuestras conductas o las conductas de otros miembros. Acordamos asumir que nosotros y nuestros clientes hacemos lo mejor que podemos y deseamos mejorar. Acordamos esforzarnos por ver el mundo a través de los ojos de nuestros clientes y los ojos de los demás. Acordamos practicar una postura no crítica con nuestros clientes y entre nosotros.

6. *Acuerdo de falibilidad*. Acordamos, de manera anticipada, que somos falibles y cometemos errores. Acordamos que probablemente hemos hecho las cosas problemáticas de las que somos acusados o parte de ellas, por lo que podemos dejar ir la tendencia a asumir una postura defensiva para demostrar nuestra virtud o competencia. Dado que somos falibles, acordamos que inevitablemente violaremos todos estos acuerdos, y que cuando esto suceda, confiaremos uno en el otro para señalar nuestras polarizaciones y avanzar hacia una síntesis.

Tratamientos complementarios

Cuando los problemas en el ambiente del cliente interfieren con el funcionamiento o progreso, el terapeuta dispone de un conjunto de tres estrategias de manejo del caso: la estrategias de consulta con el cliente, la intervención ambiental y la reunión del equipo de supervisión y consulta (que se describió antes). Dado que la terapia dialéctica conductual se fundamenta en la dialéctica y evita la rigidez, un terapeuta sólo interviene en el ambiente del cliente en condiciones muy específicas: (1) el cliente es incapaz de actuar en su representación y el resultado es de suma importancia; (2) una persona clave en el

ambiente sólo hablará con alguien que posea un poder elevado (p. ej., con el terapeuta en lugar de con el cliente); (3) cuando la vida del cliente o de otros corra peligro inminente; (4) cuando sea humano hacerlo y no provoque daño; y (5) cuando el cliente es un menor.

ESTRATEGIA DE CONSULTA CON EL CLIENTE

La estrategia de consulta con el cliente se desarrolló con tres objetivos en mente. Primero, los clientes deben aprender a manejar su propia vida y cuidar de sí mismos interactuando de manera eficaz con otras personas en el ambiente, incluyendo a los profesionales de la salud. La estrategia de consulta con el cliente enfatiza sus capacidades y se enfoca en la habilidad para cuidar de sí mismo. Segundo, esta estrategia se diseñó para disminuir los casos de "división" entre los terapeutas dialéctico conductuales y otras personas que interactúan con los clientes, cosa que ocurre cuando diferentes proveedores en la red de un cliente sostienen opiniones diferentes sobre cómo tratarlo. Un principio fundamental de esta estrategia es que los terapeutas no les dicen a otros, incluyendo a otros profesionales de la salud, cómo tratar al cliente; pueden sugerir, pero no exigir. En la práctica esto significa que el terapeuta no se compromete con otros respecto con la forma de tratar a un cliente, y puede quedar fuera de esas discusiones manteniéndose en el papel de asesor. Por último, la estrategia de consulta con el cliente fomenta el respeto al comunicar el mensaje de que son creíbles y capaces de realizar intervenciones por sí mismos.

Como se mencionó, es responsabilidad del terapeuta individual coordinar y organizar la atención con los proveedores secundarios del tratamiento (función 5; p. ej., directores del caso, farmacoterapeutas). La estrategia de consulta con el cliente se equilibra con la de consulta con el terapeuta, descrita antes, porque asesora directamente al cliente sobre cómo interactuar con otros proveedores, en lugar de sugerir a esas personas cómo interactuar con el cliente. A excepción de las circunstancias especiales, los terapeutas dialéctico conductuales no hablan sobre el cliente con proveedores secundarios o con otros proveedores en el ambiente del cliente sin que éste se encuentre presente. El terapeuta trabaja con el cliente para resolver las dificultades que tiene con su red, y deja que actúe como intermediario entre el terapeuta y otros profesionales.

La terapia dialéctica conductual se inclina a enseñar al cliente una forma eficaz de interactuar con su ambiente. Por consiguiente, en el manejo del caso domina la estrategia de consulta con el cliente y se utiliza siempre que es posible, aunque hay ocasiones en que se necesita la intervención del terapeuta. En general, la estrategia de intervención del ambiente se emplea por encima de la estrategia de consulta con el cliente cuando éste puede sufrir un daño considerable si el terapeuta no interviene. La regla general para la intervención ambiental es que el terapeuta puede intervenir cuando los clientes carecen de las habilidades que necesitan para aprender o es imposible obtenerlas, o no son razonables ni necesarias.

Variables del cliente

La terapia dialéctica conductual fue desarrollada para tratar a clientes con diagnósticos múltiples y de difícil tratamiento. Por lo tanto, existe una serie de características del cliente que son requisito para la primera etapa de la terapia dialéctica conductual, entre las cuales destacan la participación voluntaria y un compromiso con un periodo específico (p. ej., 16 semanas, de seis meses a un año). La aplicación efectiva de la terapia dialéctica conductual requiere una fuerte relación interpersonal entre terapeuta y cliente. El terapeuta debe trabajar primero para convertirse en un reforzador importante en la vida del cliente y usar luego la relación para fomentar el cambio en el cliente. La continuación de la relación sólo puede usarse como contingencia positiva cuando el cliente quiere estar en tratamiento, de ahí que el manejo de contingencias se vea seriamente comprometido cuando la participación de los clientes no es voluntaria. El tratamiento ordenado por la corte es aceptable si los clientes aceptan permanecer en terapia incluso si la orden se rescinde. Una característica del cliente, necesaria para la terapia de grupo, es su capacidad de controlar la conducta abiertamente agresiva hacia otros. La terapia dialéctica conductual fue desarrollada y evaluada con población con trastorno límite de la personalidad gravemente perturbada; todos los clientes aceptados en el tratamiento tenían historias de múltiples conductas suicidas y autolesivas no suicidas. Sin embargo, el diseño del tratamiento es flexible y es probable que funcione con clientes con perturbaciones menos severas.

Variables del terapeuta

En comparación con otros aspectos de la terapia, se ha dado poca atención a las características del terapeuta que facilitan la terapia dialéctica conductual. No obstante, existe evidencia que apoya la suposición de que la terapia efectiva para los clientes con trastorno límite de la personalidad requiere un equilibrio idóneo de las estrategias de aceptación y cambio (Shearin y Linehan, 1992). Esta investigación también encontró que las percepciones no peyorativas de los terapeutas sobre los clientes se asociaban con menos conducta suicida.

Linehan (1993b) describe las características requeridas del terapeuta en términos de tres dimensiones bipolares que deben equilibrarse en la conducción de la terapia.

La primera dimensión representa el equilibrio de una orientación de aceptación y una de cambio. El terapeuta debe ser capaz de inhibir las actitudes críticas (a menudo en circunstancias muy complicadas) y practicar la aceptación del cliente, del sí mismo y del proceso terapéutico tal como son en el momento actual. No obstante, también debe estar al tanto de que la terapia implica la necesidad de cambio y asume la responsabilidad de dirigir la influencia terapéutica. Segundo, el terapeuta debe equilibrar la tendencia a centrarse firmemente con una flexibilidad compasiva. "Centrarse firmemente" es la cualidad de creer en uno mismo, en la terapia y en el cliente. "Flexibilidad compasiva" es la capacidad para entender la información relevante sobre el cliente y modificar de acuerdo con ello la postura antes sostenida. Al equilibrar esas dos dimensiones, el terapeuta debe ser capaz de observar sus propios límites sin volverse abiertamente rígido. Por último, el terapeuta conductual dialéctico debe ser capaz de equilibrar un alto grado de apoyo con una "exigencia benevolente". El "apoyo" se refiere a la enseñanza, asesoría, ayuda y fortalecimiento del cliente, mientras que la "exigencia benevolente" requiere que el terapeuta reconozca las capacidades existentes, refuerce la conducta adaptada y se niegue a "hacer" por el cliente las cosas que éste puede "hacer" por sí mismo. Sobre todo, la habilidad para exigir requiere la disposición a creer en la capacidad del cliente para cambiar.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Las **estrategias de tratamiento** de la terapia dialéctica conductual se refieren al papel y enfoque del terapeuta, así como a un conjunto coordinado de procedimientos que permiten alcanzar metas específicas del tratamiento. Aunque las estrategias de la terapia dialéctica conductual por lo regular incluyen una serie de pasos, el uso de una estrategia no necesariamente requiere la aplicación de cada uno de ellos. Es mucho más importante que el terapeuta respete la intención de la estrategia a que haga pasar al cliente de manera inflexible por una serie de maniobras prescritas.

La terapia dialéctica conductual emplea cinco conjuntos de estrategias de tratamiento (figura 10-2) para alcanzar los objetivos conductuales descritos antes: (1) estrategias dialécticas, (2) estrategias centrales, (3) estrategias estilísticas, (4) estrategias de manejo del caso, y (5) estrategias integradas. Dentro de una sesión individual y con un determinado cliente, ciertas estrategias pueden usarse más que otras, y es posible que no todas sean necesarias o apropiadas. A continuación se presenta una revisión de los tres primeros tipos de estrategia de tratamiento de la terapia dialéctica conductual.

Figura 10-2. Estrategias de tratamiento de la terapia dialéctica conductual. Tomado de Linehan (1993b). Copyright 1993 de The Guilford Press. Reproducido con autorización.

Estrategias dialécticas

Las estrategias dialécticas permean toda la terapia y su uso justifica agregar el término "dialéctica" al título de la terapia. Existen tres tipos de estrategias dialécticas: las que tienen que ver con la forma en que el terapeuta estructura las interacciones; las que corresponden a la manera en que el terapeuta define y enseña las conductas habilidosas; y ciertas estrategias específicas usadas durante la conducción del tratamiento.

Dialéctica de la relación: equilibrar las estrategias de tratamiento

Las "estrategias dialécticas", en el sentido más general del término, tienen que ver con la forma en que el terapeuta equilibra las tensiones dialécticas dentro de la relación de la terapia. Como se mencionó, en cualquier psicoterapia, incluyendo la del cliente con trastorno límite de personalidad, la dialéctica fundamental se da entre la aceptación de lo que es y los esfuerzos por cambiar lo que es.

Una postura terapéutica dialéctica atiende constantemente a la combinación de aceptación y cambio, flexibilidad y estabilidad, apoyo y desafío, concentrarse en capacidades y en limitaciones y déficit. Las metas son hacer notar los opuestos, tanto en la terapia como en la vida del cliente, y proporcionar condiciones para las síntesis. Se supone que el cambio puede ser facilitado si se enfatiza la aceptación, y la aceptación si se enfatiza el cambio. El énfasis en los opuestos en ocasiones ocurre de manera continua (es decir, a lo largo de toda una interacción), y no de forma simultánea o en cada parte de una interacción. Aunque muchas de las psicoterapias, si no es que en todas, incluyendo los tratamientos cognitivos y conductuales, prestan atención al tema del equilibrio, al colocarlo en el centro de tratamiento se asegura que el terapeuta se mantenga atento a su importancia.

Para mantener una postura dialéctica en la relación terapéutica se necesitan tres características principales: movimiento, velocidad y fluidez. **Movimiento** se refiere a actuar con certidumbre, fuerza y total compromiso por parte del terapeuta. Si el terapeuta se mueve con poco entusiasmo, el cliente hará lo mismo. **Velocidad** es esencial e implica mantener al terapeuta en movimiento, de modo que no se atore ni se vuelva rígido. Por último, **fluidez** se refiere a mantenerse atento al desarrollo, momento a momento, de la sesión y a responder con suavidad y sin esfuerzo aparente.

Enseñanza de patrones de conducta dialéctica

El pensamiento dialéctico se enfatiza durante todo el tratamiento. El terapeuta no sólo mantiene una postura dialéctica en el tratamiento del cliente, sino que también se esfuerza por enseñarle y modelarle el pensamiento dialéctico. El terapeuta ayuda al cliente a pasar de una posición de "una de dos" a una de "no sólo-sino también", sin invalidar la primera idea o su polaridad mientras se afirma la segunda. Los extremos y la rigidez conductual -sean cognitivos, emocionales o de conducta pública son señales de que no se ha logrado la síntesis; por lo que no pueden considerarse dialécticos. En lugar de eso se plantea y se modela una "ruta intermedia," similar a la que se propone en el

budismo. Lo importante de seguir la ruta al esclarecimiento es evitar quedar atrapado y enredado en cualquier extremo y seguir siempre la ruta intermedia (Kyokai, 1966). Este énfasis en el equilibrio es similar al enfoque sugerido en los modelos de prevención de recaídas (p. ej., Marlatt y Gordon, 1985) para el tratamiento de las conductas adictivas.

Estrategias dialécticas específicas

Existen ocho estrategias dialécticas específicas de tratamiento: (1) entrar y usar de la paradoja, (2) uso de metáforas, (3) jugar el papel del abogado del diablo, (4) extensión, (5) activación de la "mente sabia" del cliente, (6) hacer limonada con limones (convertir los negativos en positivos), (7) permitir el cambio natural (e incluso las inconsistencias dentro del medio terapéutico), y (8) evaluar dialécticamente al plantear siempre la pregunta "¿Qué se está quedando afuera?" Debido a limitaciones de espacio, en las siguientes secciones se incluye una selección de esas estrategias. Para una revisión completa, el lector interesado puede consultar el manual de tratamiento de la terapia dialéctica conductual (Linehan, 1993a).

ENTRAR EN LA PARADOJA

Entrar en la paradoja es una técnica poderosa porque contiene el elemento de la sorpresa. El terapeuta presenta la paradoja sin explicarla y destaca las contradicciones paradójicas dentro de la conducta, el proceso terapéutico y la realidad en general. La esencia de esta estrategia es la negativa del terapeuta a meterse con la explicación racional; los intentos lógicos del cliente se encuentran con el silencio, una pregunta o una historia diseñada para arrojar un poco de luz sobre el acertijo que debe ser resuelto. El cliente es empujado a la comprensión, a avanzar hacia la síntesis de las polaridades, y a resolver el dilema por sí mismo. Linehan (1993b) ha destacado una serie de paradojas típicas y las correspondientes tensiones dialécticas encontradas en el curso de la terapia. Los clientes son libres de elegir su propia conducta, pero no pueden permanecer en la terapia si no trabajan para modificar su conducta. Se les enseña a obtener mayor independencia al volverse más hábiles para pedir ayuda de otros. Tienen derecho a quitarse la vida, pero si convencen al terapeuta de que el suicidio es inminente, pueden ser internados. Los clientes no son responsables de ser como son, pero son responsables de lo que se convierten. Al destacar esas realidades paradójicas, cliente y terapeuta luchan para confrontar y liberarse de los patrones rígidos de pensamiento, emoción y conducta, de modo que puedan surgir patrones más espontáneos y flexibles.

USO DE METÁFORAS: PARÁBOLAS, MITOS, ANALOGÍAS Y NARRACIONES

El uso de metáforas, relatos, parábolas y mitos es de suma importancia en la terapia dialéctica conductual y ofrece medios alternativos para enseñar el pensamiento dialéctico.

Los relatos por lo regular son más interesantes, más sencillos de recordar y animan la búsqueda de otros significados de los sucesos bajo escrutinio. Además, las metáforas permiten a los clientes distanciarse del problema. En general, la idea de la metáfora es tomar algo que el cliente entiende y usarlo como analogía de algo que el cliente no entiende. Además, las metáforas y relatos pueden desarrollarse en colaboración durante el tratamiento. La relación de terapeuta y cliente con una metáfora es una poderosa herramienta que puede usarse durante el tratamiento para recordar al cliente en qué está trabajando. Por ejemplo, cambiar la conducta mediante el aprendizaje de nuevas habilidades puede compararse con la construcción de un sendero en el bosque. Al principio, el sendero actual es definido y es fácil recorrerlo, pero siempre conduce a un callejón sin salida (la antigua conducta disfuncional). Para construir un nuevo sendero (las conductas habilidosas), el senderista debe pasar repetidamente por un área nueva e indefinida hasta desgastarla. Eso lleva tiempo y el senderista se mueve lenta y deliberadamente, despejando la maleza. Además, mientras se desarrolla el nuevo sendero, el antiguo se cubre lentamente de hierba. El terapeuta puede volver a esta historia cada vez que el cliente luche entre emplear las nuevas habilidades o regresar a la antigua conducta disfuncional.

JUGAR EL PAPEL DEL ABOGADO DEL DIABLO

La técnica del abogado del diablo es muy similar al enfoque argumentativo que se emplea en las terapias racional-emotiva y de reestructuración cognitiva. Con esta estrategia el terapeuta presenta una declaración proposicional que es una versión extrema de una de las creencias disfuncionales del cliente y luego juega el papel de abogado del diablo para oponerse a los intentos del cliente de refutar la afirmación o regla extrema. Por ejemplo, un cliente puede declarar, "Como tengo sobrepeso, estaría mejor muerto". El terapeuta argumenta a favor de la creencia disfuncional, posiblemente sugiriendo que dado que eso es cierto para el cliente, debe serlo también para otros, por lo que toda la gente con sobrepeso estaría mejor muerta. El terapeuta puede continuar por esas líneas: "Y dado que la definición de sobrepeso varía mucho entre la gente, debe haber un montón de personas que alguien podría considerar que tienen sobrepeso. Eso debe significar que todos estarían mejor muertos". O bien puede decir, "Dios, tengo unos dos kilos de sobrepeso, supongo que eso significa que yo también estaría mejor muerto". Cualquier reserva planteada por el cliente puede ser contraatacada con más exageración, hasta que se haga evidente la naturaleza autodestructiva de la creencia. La técnica del abogado del diablo se usa a menudo en las primeras sesiones para obtener un fuerte compromiso del cliente y en las sesiones de compromiso en que se unen nuevos terapeutas al equipo de la terapia dialéctica conductual. El terapeuta argumenta para el cliente que, dado que la terapia será dolorosa y difícil, no queda claro que hacer dicho compromiso (y por ende ser aceptado en la terapia) pueda ser una buena idea. Esto por lo regular tiene el efecto de llevar al cliente a adoptar la postura opuesta a favor del cambio terapéutico. Para emplear con éxito esta técnica, es importante que el argumento del terapeuta parezca lo suficientemente razonable para dar lugar al contraargumento, y que el planteamiento sea creíble, hecho de una forma ingenua pero original.

EXTENSIÓN

El término **extensión** se tomó prestado del *aikido*, una forma japonesa de autodefensa. En ese contexto, la extensión ocurre cuando el estudiante de *aikido* espera que los movimientos del oponente alcancen su conclusión natural, luego extiende el punto final de un movimiento un poco más de lo que ocurriría naturalmente, dejando al oponente vulnerable y fuera de balance. En la terapia dialéctica conductual, la extensión ocurre cuando el terapeuta toma la severidad o gravedad de lo que el cliente está comunicando con más seriedad de lo que él pretende. Esta estrategia es el equivalente emocional de la estrategia del abogado del diablo. Es particularmente efectiva cuando el cliente amenaza con consecuencias funestas de un suceso o problema para inducir un cambio en el ambiente. Considere la interacción con el siguiente cliente, quien amenaza con suicidarse si no se le programa una cita adicional para el siguiente día. El siguiente intercambio ocurrió después de que fallaron los intentos por encontrar un tiempo que fuera aceptable para ambas partes.

CLIENTE: Tengo que verlo mañana o estoy seguro de que terminaré matándome. No puedo mantener la calma por más tiempo.
TERAPEUTA: Mmm. ¡No me había percatado de que estaba tan mal! Tendremos que hacer algo de inmediato si se siente tan angustiado que podría quitarse la vida. ¿Qué le parece si lo hospitalizamos? Puede ser necesario.
CLIENTE: ¡No voy a ir al hospital! ¿Por qué mejor no me da una cita?
TERAPEUTA: ¿Cómo podemos hablar de un tema tan prosaico como la programación de una cita cuando su vida está en peligro? ¿Cómo planea matarse?
CLIENTE: Usted sabe cómo. ¿Por qué no cancela o cambia la cita de alguien? Podría cambiar para otro momento la cita con alguno de sus estudiantes. ¡No puedo soportarlo más!
TERAPEUTA: De verdad me preocupa. ¿Cree que debería pedir una ambulancia?

El aspecto de la comunicación que el terapeuta toma en serio (el suicidio como probable consecuencia de no obtener una cita) no es el aspecto que el cliente quiere que se tome en serio (la necesidad de una cita adicional el siguiente día). El terapeuta toma en serio las consecuencias y lleva más lejos su gravedad. El cliente quiere que el problema se tome en serio y de hecho extiende su gravedad.

HACER LIMONADA CON LIMONES

Hacer limonada con limones es similar a la noción de la terapia psicodinámica de utilizar las resistencias del cliente; los problemas terapéuticos se ven como oportunidades para que el terapeuta ayude al cliente. La estrategia involucra tomar algo que aparentemente es problemático y convertirlo en un activo. Los problemas se convierten en oportunidades para practicar las habilidades: el sufrimiento permite que otros expresen empatía; la debilidad se convierte en fortaleza. Para que esta estrategia funcione se necesita una fuerte relación terapéutica; el cliente debe creer que el terapeuta siente una profunda compasión por su sufrimiento. El peligro en el uso de esta estrategia es que resulta fácil confundirla con el estribillo invalidante que escuchan repetidamente los clientes con trastorno límite de personalidad. El terapeuta debe evitar la tendencia a sobresimplificar los problemas del cliente y abstenerse de implicar que los limones en la vida del cliente son en realidad limonada. Aunque el terapeuta reconoce que la nube es realmente negra, al mismo tiempo ayuda al cliente a encontrar los aspectos positivos de una situación, es decir, la calma que viene después de la tormenta.

Estrategias centrales

Validación

Las estrategias de validación y solución de problemas, junto con las estrategias dialécticas, constituyen el núcleo de la terapia dialéctica conductual y son el corazón del tratamiento. Las estrategias de validación son las estrategias de aceptación más evidentes, mientras que las de solución de problemas son las estrategias más obvias de cambio. Ambas se usan en cada interacción con el cliente, aunque la relativa frecuencia de cada una depende del cliente particular, la situación actual y las vulnerabilidades de ese cliente. Sin embargo, a lo largo de toda la sesión debe darse un equilibrio general entre las estrategias de aceptación y las de cambio. En esta sección se revisaron las estrategias de validación y en la siguiente las que corresponden a la solución de problemas.

Los clientes con trastorno límite de la personalidad se presentan clínicamente como personas que sufren un dolor emocional extremo. Suplican, y en ocasiones exigen, que su terapeuta haga algo para cambiar su situación. Resulta muy tentador dirigir la energía de la terapia a cambiar al cliente modificando los pensamientos, suposiciones o esquemas irracionales; criticando las conductas o motivos que contribuyen a sus problemas interpersonales; dando medicamentos para cambiar la biología anormal; y disminuyendo la hiperreactividad e intensidad emocional; entre otras. En muchos aspectos, ese enfoque reitera el ambiente invalidante al confirmar los peores temores del cliente: él es el problema y no puede confiar en sus propias reacciones ante los hechos. Sin embargo, la desconfianza e invalidación de la forma en que uno responde a los sucesos son sumamente aversivas y pueden provocar miedo, ira y vergüenza intensas o una combinación de las tres. Por ende, fundamentar la terapia en el cambio puede ser aversivo porque, por necesidad, dicho enfoque contribuye y provoca la autoinvalidación.

Sin embargo, una terapia que sólo tiene fundamento en la aceptación, también puede ser invalidante cuando el cliente considera que el terapeuta no se toma en serio sus problemas. Por lo tanto, la postura dialéctica se enfoca en el equilibrio entre ambos polos.

La validación (según el *Oxford English Dictionary*; Simpson y Weiner, 1989), se refiere a identificar la validez de un objeto o hacer algo válido. También abarca actividades como corroborar, confirmar, verificar o autenticar. El acto de validar incluye proporcionar apoyo de una fuente de autoridad acerca de la verdad o validez de algo (Merriam-Webster, 2006). Comunicar que algo es válido implica que la respuesta dada es apoyada o justificada por evidencia objetiva y una autoridad respetada (Simpson y Weiner, 1989). Esos son precisamente los significados asociados con el término cuando se utiliza en el contexto de la terapia dialéctica conductual.

La esencia de la validación es la siguiente: El terapeuta comunica al cliente que sus [*sic*] respuestas tienen sentido y que son comprensibles en el contexto o situación de su [*sic*] vida actual. El terapeuta acepta decididamente al cliente y le expresa esta aceptación. El terapeuta toma en serio las respuestas del cliente y no las subestima ni las trivializa. Las estrategias de validación requieren que el terapeuta busque, reconozca y refleje al cliente la validez inherente a su [*sic*] respuesta a los hechos. En el caso de los niños revoltosos, los padres tienen que pillarlos cuando se portan bien para reforzar su conducta; de igual modo, el terapeuta tiene que descubrir la validez en la respuesta del cliente, en ocasiones amplificarla y luego reforzarla. (Linehan, 1993b, pp. 222-223, énfasis en el original).

Aquí es importante advertir dos cosas. Primero, **validación** significa reconocer lo que es válido. No significa "hacer" válido ni validar lo que es inválido. El terapeuta observa, experimenta y afirma, pero no crea validez. Segundo, **válido** y **científico** no son sinónimos. La ciencia es una manera de determinar lo que es válido, lógico, adecuado en principio, y, o por lo general aceptado como conocimiento autorizado o normativo. Sin embargo, una experiencia o comprensión auténtica de los eventos privados (por lo menos cuando son similares a las mismas experiencias de otros o cuando coinciden con otros eventos más observables) también es una base para declarar validez. La validación puede considerarse en uno de seis niveles. Cada nivel es correspondientemente más complejo que el anterior, y cada uno depende de los niveles anteriores. Son definitorios de la terapia dialéctica conductual y se requieren en cada interacción con el cliente. Esos niveles son descritos en forma más completa por Linehan (1997) y las siguientes definiciones fueron tomadas de su revisión.

ESCUCHAR Y OBSERVAR (V1)

El primer nivel de la validación requiere escuchar y observar lo que el cliente está diciendo, sintiendo y haciendo, así como realizar el esfuerzo correspondiente por entender lo que se está diciendo y observando. La esencia de este paso es que el terapeuta se mantiene al tanto e interesado en el cliente, y presta atención a lo que dice y hace en el momento actual. El terapeuta advierte los matices de la respuesta en la interacción. En el primer nivel la validación comunica que el cliente *per se,* así como su presencia, sus palabras y sus respuestas en la sesión tienen "una fuerza tal que atrae la atención y (por lo regular) la aceptación" (vea las primeras definiciones de validación; pp. 360-361).

REFLEJAR CON PRECISIÓN (V2)

El segundo nivel de la validación es reflejar con precisión, al cliente, sus propios sentimientos, pensamientos, suposiciones y conductas. El terapeuta comunica una comprensión del cliente al escuchar lo que dice y ver lo que hace y cómo responde. La validación en el segundo nivel aprueba, faculta o autentica que el individuo es quien realmente es (p. 362).

EXPRESAR LO NO VERBALIZADO (V3)

En el tercer nivel de la validación, el terapeuta comunica comprensión de aspectos de la experiencia y la respuesta del cliente a sucesos que éste no ha comunicado directamente. El terapeuta "adivina" la razón de la conducta del cliente y el conocimiento de lo que le sucedió le permite saber cómo se siente y lo que desea, piensa o hace. El terapeuta puede establecer la relación entre un evento desencadenante y la conducta sin haber recibido información de la conducta en sí. También puede expresar emociones y significados que el cliente no ha expresado (p. 364).

VALIDACIÓN EN TÉRMINOS DEL APRENDIZAJE PASADO O LA DISFUNCIÓN BIOLÓGICA (V4)

En el cuarto nivel la conducta es validada en términos de sus causas. En este punto la validación se basa en la noción de que toda la conducta es causada por sucesos que ocurren en el tiempo; lo que en principio la hace comprensible. El terapeuta justifica la conducta del cliente al demostrar que es causada por sucesos pasados. Aunque quizá no se disponga de información para identificar todas las causas relevantes, los sentimientos, pensamientos y acciones del cliente tienen sentido en el contexto de su experiencia, fisiología y vida hasta la fecha. Por lo menos, lo que "es" puede justificarse siempre en términos de causas suficientes; es decir, lo que "debería ser", lo que haya sido necesario para que ocurriera tuvo que haber sucedido (p. 367).

VALIDACIÓN EN TÉRMINOS DEL CONTEXTO ACTUAL O FUNCIONAMIENTO NORMATIVO (V5)

En el quinto nivel, el terapeuta comunica que la conducta es justificable, razonable, bien fundamentada, significativa y, o eficaz en términos de los sucesos actuales, el funcionamiento biológico normativo, y, o las metas principales de la vida del cliente. El terapeuta busca y refleja la sabiduría o validez de la respuesta del cliente y comunica que esa respuesta es comprensible. El terapeuta encuentra los hechos relevantes en el ambiente actual que apoyan la conducta del cliente. El terapeuta no está ciego a la disfuncionalidad de algunos de los patrones de respuesta del cliente a esos aspectos de un patrón de respuesta que puede ser razonable o apropiado en el contexto.

De este modo, el terapeuta busca la racionalidad inherente a las respuestas del cliente (y de ser necesario también comenta la disfuncionalidad inherente a buena parte de la respuesta) (pp. 370-371).

En el sexto nivel la tarea es reconocer al cliente como es, ver y responder a sus fortalezas y capacidades, al mismo tiempo que se mantiene una firme comprensión empática de sus dificultades e incapacidades. El terapeuta cree en el cliente y en su capacidad para cambiar y avanzar a las metas principales de su vida igual que cree en un amigo o un familiar. Se responde al cliente como una persona de igual estatus y que merece igual respeto. La validación en el nivel más alto es la validación del individuo como "es". El terapeuta ve más que la función, más que a un "cliente" o "trastorno". El sexto nivel de la validación se opone a tratar al cliente de manera condescendiente o como alguien excesivamente frágil. Responde al individuo como alguien capaz de comportarse de manera adecuada y razonable en lugar de asumir que es inválido. Mientras los primeros cinco niveles representan una secuencia de pasos en un tipo de validación, el sexto nivel representa un cambio de nivel y de tipo (p. 377).

Las estrategias de "dar ánimos" constituyen otra forma de validación y son las de mayor utilidad para combatir la pasividad activa y las tendencias a la desesperanza en los clientes con trastorno límite de la personalidad. Al "dar ánimos" los terapeutas comunican la creencia de que los clientes están haciendo lo mejor que pueden y validan su capacidad para superar a la larga sus dificultades (un tipo de validación que, si no se maneja con cuidado, puede invalidar al mismo tiempo la percepción que tienen los clientes de su desamparo). Además, los terapeutas expresan su creencia en la relación terapéutica, ofrecen seguridad y destacan cualquier evidencia de mejoría. Dentro de la terapia dialéctica conductual, dar ánimos se usa en cada interacción terapéutica. Aunque el dar ánimos debe reducirse a medida que el cliente aprende a confiar y validarse a sí mismo, las estrategias de dar ánimos siguen siendo un ingrediente esencial de una fuerte alianza terapéutica.

Por último, la validación funcional, otra forma de validación que se usa regularmente en la terapia dialéctica conductual, es una forma de validación conductual o no verbal que en ocasiones puede ser más efectiva que la validación verbal. Suponga por ejemplo que un terapeuta deja caer un bloque de 22.6 kg en el pie del cliente. Se consideraría invalidante que el terapeuta simplemente respondiera verbalmente diciendo "¡Vaya, puedo ver que eso dolió! ¡Debe sentir mucho dolor!" La validación funcional implicaría que el terapeuta quitara el bloque del pie del cliente.

Solución de problemas

Se analizó la manera en que los clientes con trastorno límite de personalidad suelen experimentar como invalidantes las terapias que se enfocan principalmente en el cambio. Sin embargo, las terapias que se concentran exclusivamente en la validación pueden resultar igualmente problemáticas. Los exhortos a aceptar la situación actual ofrecen poco consuelo a un individuo para quien la vida resulta insoportablemente dolorosa. En la terapia dialéctica conductual, las principales estrategias de cambio son las utilizadas en la solución de problema, que fueron diseñadas para fomentar un estilo activo de solución de

problemas. Sin embargo, para los clientes con trastorno límite de la personalidad, la aplicación de esas estrategias está plagada de dificultades. El terapeuta debe tener en mente que el proceso será mucho más difícil para los clientes con trastorno límite de la personalidad que para los clientes de muchas otras poblaciones. Al trabajar con clientes con trastorno límite de personalidad resulta de suma importancia la necesidad de comprensión compasiva y de intervenciones dirigidas a mejorar el estado de ánimo positivo. Las estrategias de validación descritas, así como la estrategia de comunicación irreverente, que se describe más adelante, pueden ser aquí de gran utilidad. En la terapia dialéctica conductual, la solución de problemas es un proceso de dos etapas que se concentra primero en entender y aceptar un problema seleccionado, para luego generar soluciones alternativas. La primera etapa involucra (1) análisis conductual, (2) insight de los patrones conductuales recurrentes en el contexto, y (3) dar al cliente información didáctica sobre los principios de la conducta, normas, entre otras. La segunda etapa se concentra específicamente en el cambio por medio de (4) análisis de posibles soluciones a los problemas, (5) orientar al cliente sobre los procedimientos terapéuticos que probablemente produzcan los cambios deseados, y (6) las estrategias diseñadas para provocar y fortalecer el compromiso con esos procedimientos. Las siguientes secciones describen con mayor detalle algunos de esos procedimientos.

Análisis conductual

El análisis conductual es una de las estrategias más importantes en la terapia dialéctica conductual. También es la más difícil. El propósito de un análisis conductual es seleccionar primero un problema, determinar luego empíricamente qué es lo que lo causa, qué impide su solución, y qué apoyos están disponibles para resolverlo. El análisis conductual aborda cuatro preguntas principales:

1. ¿Las conductas inefectivas están siendo reforzadas, las conductas efectivas son seguidas de resultados aversivos, o los resultados reforzantes son demorados?
2. ¿Posee el cliente las habilidades conductuales requeridas para regular sus emociones, responder de forma hábil al conflicto y manejar su propia conducta?
3. ¿Existen patrones de evitación o las conductas efectivas son inhibidas por temores o culpas injustificadas?
4. ¿El cliente no está al tanto de las contingencias que operan en su ambiente, o las conductas efectivas son inhibidas por creencias o suposiciones incorrectas?

Las respuestas a esas preguntas orientan al terapeuta en la selección de los procedimientos de tratamiento apropiados, como manejo de contingencias, entrenamiento de habilidades conductuales, exposición o modificación cognitiva. Por ende, el valor del análisis estriba en que ayuda al terapeuta a evaluar y entender un problema lo suficiente para dirigir la respuesta terapéutica efectiva. El primer paso en la conducción de un análisis conductual es ayudar al cliente a identificar el problema que debe analizarse y describirlo en términos conductuales. La identificación del problema puede ser la tarea

más difícil para el terapeuta y, si no se hace en forma precisa y específica, puede llevar por mal camino a cliente y terapeuta. La definición del problema por lo regular surge de la revisión de los sucesos ocurridos la semana anterior, a menudo en el contexto de la revisión de las tarjetas diarias. El error más común en este punto es suponer que se dieron hechos para los que no existe evidencia. Una vez que el problema es identificado, es evaluado con mayor detalle con un análisis de cadena -descripción exhaustiva y detallada de la secuencia de hechos que dio lugar y siguió a la conducta-. En un análisis de cadena, el terapeuta construye una hoja de ruta general que le permite saber cómo llegó el cliente a las respuestas disfuncionales, incluyendo el punto donde inicia el camino (destaca factores de vulnerabilidad y sucesos instigadores), y advierte en el camino rutas o intersecciones alternativas que pueden ser adaptadas. Otras metas son identificar los sucesos que provocan la conducta desadaptada, los déficit conductuales que son fundamentales para mantener las respuestas problemáticas, y los sucesos ambientales y conductuales que pueden estar interfiriendo con comportamientos más apropiados. La meta general es determinar la función de la conducta (es decir, el problema para cuya solución fue fundamental cierto comportamiento).

El análisis de cadena empieza siempre con un suceso ambiental específico. Localizar ese suceso puede ser difícil porque a menudo los clientes no pueden identificar qué cosa en el ambiente disparó la respuesta problemática. No obstante, es importante obtener una descripción de los hechos que ocurrieron en el momento que inició el problema. El terapeuta intenta luego identificar los eventos ambientales y conductuales para cada eslabón subsecuente en la cadena. El terapeuta debe desempeñar aquí el papel de un observador muy sagaz, pensar en términos de trozos muy pequeños de conducta e identificar repetidamente lo que el cliente estaba pensando, sintiendo y haciendo y lo que ocurría en el ambiente momento a momento. El terapeuta pregunta al cliente "¿Qué sucedió luego?" o "¿Cómo llegó a eso?" Aunque para el cliente esos vínculos son evidentes, el terapeuta debe tener el cuidado de no hacer suposiciones. Por ejemplo, una cliente que había intentado suicidarse dijo una vez que había decidido quitarse la vida porque le resultaba muy doloroso seguir viviendo. Desde el punto de vista de la cliente, ésta era una explicación adecuada de su intención suicida; sin embargo, para el terapeuta quitarse la vida porque es muy dolorosa es sólo una solución. Uno podría sentir que la vida es demasiado dolorosa y luego decidir cambiarla; o podría creer que la muerte es todavía más dolorosa y decidir tolerar la vida a pesar de su dolor. En este caso, un cuestionamiento cuidadoso reveló que la cliente había asumido que sería más feliz muerta que viva. Cuestionar esta suposición se volvió entonces clave para terminar con sus persistentes intentos suicidas. Es igualmente importante identificar con exactitud las consecuencias que mantienen la respuesta problemática. Como en el caso de los eventos antecedentes, el terapeuta sondea las consecuencias ambientales y conductuales, y obtiene descripciones detalladas de las emociones, las sensaciones somáticas, las acciones y suposiciones del cliente. Resulta crucial un conocimiento rudimentario de las reglas del aprendizaje y los principios del reforzamiento.

El paso final en el análisis conductual es construir y probar hipótesis sobre los eventos

relevantes para generar y mantener la conducta problemática. La teoría biosocial del trastorno límite de la personalidad sugiere varios factores de primordial importancia. Por ejemplo, la terapia dialéctica conductual se enfoca más estrechamente en los estados emocionales intensos o aversivos; en el caso del trastorno límite de la personalidad siempre se sospecha que el alivio del afecto negativo es una de las principales variables motivacionales para la conducta disfuncional. La teoría también sugiere la probabilidad de que los patrones conductuales típicos, como los déficits en el pensamiento dialéctico o las habilidades conductuales, resulten fundamentales para producir y mantener las respuestas problemáticas.

Análisis de la solución

Una vez que el problema ha sido identificado y analizado, la solución del problema avanza en un intento decidido de encontrar e identificar soluciones alternativas. La terapia dialéctica conductual propone que existen cinco respuestas a cualquier problema: (1) resolver el problema; (2) cambiar la reacción emocional al problema; (3) tolerar el problema; (4) mantenerse miserable, o (5) hacer que las cosas empeoren. Esas cinco opciones se presentan según se necesite antes de la solución de problemas para asegurar que cliente y terapeuta trabajan sistemáticamente para obtener la misma meta.

En ocasiones, las soluciones se discuten durante el análisis conductual y es posible que todo lo que se necesite sea señalar esas soluciones alternativas en lugar de esperar a que haya concluido el análisis conductual. El terapeuta puede preguntar, "¿Qué cree que podría haber hecho de otra manera aquí?" Durante este proceso el terapeuta modela activamente la manera efectiva de resolver los problemas y la generación de soluciones, con un énfasis conductual en modelar y orientar al cliente al inicio del tratamiento. En otras ocasiones se requiere un análisis más completo de la solución. En ese caso la tarea es realizar una "lluvia de ideas" o generar tantas soluciones alternativas como sea posible; las soluciones deben evaluarse luego en términos de los diversos resultados esperados. El paso final en el análisis de la solución es elegir una solución que sea de alguna forma efectiva. Durante la evaluación el terapeuta dirige al cliente en la elección de una determinada solución conductual. En este punto es preferible que el terapeuta preste más atención a las ganancias a largo plazo que a las de corto plazo y que elija las soluciones que dejen un beneficio máximo al cliente en lugar de beneficiar a otros.

Procedimientos de solución de problemas

La terapia dialéctica conductual emplea cuatro procedimientos de solución de problemas tomados directamente de las publicaciones de tratamiento cognitivos y conductuales. En la terapia dialéctica conductual se considera que esos cuatro procedimientos (entrenamiento de habilidades, procedimientos de contingencias, exposición y modificación cognitiva) son los principales vehículos de cambio porque influyen en la dirección en que cambia el cliente de una sesión a otra. Aunque Linehan (1993b) los revisa como procedimientos distintos, no queda claro que en efecto puedan ser diferenciados en cada caso de la práctica clínica. La misma secuencia terapéutica puede

ser efectiva porque enseña al cliente nuevas habilidades (entrenamiento de habilidades), proporciona una consecuencia que influye en la probabilidad de que ocurran de nuevo las conductas precedentes del cliente (procedimientos de contingencias), proporciona exposición no reforzada a señales asociadas en el pasado, pero no en el presente, con la amenaza (procedimientos de exposición), o cambia las suposiciones disfuncionales o el procesamiento esquemático de los sucesos por parte del cliente (modificación cognitiva). En contraste con muchos programas publicados de tratamientos cognitivos y conductuales, esos procedimientos (con algunas excepciones que se mencionan más adelante) se emplean de manera no estructurada, y se entretejen a lo largo de todo el diálogo terapéutico. Por lo tanto, el terapeuta debe estar consciente de los principios que rigen la efectividad de cada procedimiento para poder usarlo de forma estratégica. Las excepciones se encuentran en el entrenamiento de habilidades donde predominan los procedimientos de entrenamiento de habilidades.

Entrenamiento de habilidades

El énfasis en el desarrollo de habilidades está presente en toda la terapia dialéctica conductual. Tanto en el formato individual como en el de grupo, el terapeuta insiste cada vez que puede en que el cliente participe en la adquisición y práctica de habilidades conductuales. El término **habilidades** se usa como sinónimo de **capacidad** e incluye, en su sentido más amplio, habilidades sensoriales, cognitivas, emocionales y de conducta publica, así como su integración, que es necesaria para un desempeño eficaz. El entrenamiento de habilidades se requiere en los casos en que la solución exige habilidades que no existen en el repertorio conductual del individuo o cuando éste posee las conductas individuales pero no puede integrarlas ni usarlas efectivamente. En la terapia dialéctica conductual, el entrenamiento de habilidades incluye tres tipos de procedimientos: (1) adquisición de habilidades (modelamiento, instrucción, consejo); (2) fortalecimiento de las habilidades (alentar la práctica *en vivo* y dentro de la sesión, juego de roles, retroalimentación); y (3) generalización de habilidades (llamadas telefónicas para trabajar en la aplicación de las habilidades; grabar las sesiones para escuchar la grabación entre sesiones; asignación de tareas).

Administración de contingencias

Dentro de una interacción interpersonal, cada respuesta es un reforzador potencial, un castigo o la retención o eliminación del reforzamiento. El manejo de contingencias requiere que los terapeutas organicen su conducta de modo estratégico a fin de que se refuercen las conductas del cliente que representen progreso, a la vez que se extinguen o castigan las conductas inhábiles o desadaptadas. Se prefiere las consecuencias naturales sobre las arbitrarias. En la terapia dialéctica conductual, una contingencia importante es la conducta interpersonal del terapeuta hacia el cliente, lo que se hace contingente a la alianza.

El manejo efectivo de contingencias requiere que el terapeuta oriente al cliente sobre los principios del aprendizaje. El terapeuta debe prestar atención a las conductas del

cliente y usar los principios de moldeamiento para reforzar las conductas que representen progreso hacia los objetivos de la terapia dialéctica conductual. De igual importancia es que el terapeuta tenga cuidado de no reforzar conductas que se pretende extinguir. En teoría, esto puede parecer obvio pero en la práctica suele ser muy difícil. Las conductas problemáticas de los clientes con trastorno límite de la personalidad suelen ser bastante eficaces para obtener consecuencias apetitivas o para detener sucesos dolorosos. De hecho, las mismas conductas que deben pasar por extinción han recibido reforzamiento intermitente de los profesionales de la salud mental, familiares y amigos. En ocasiones el manejo de contingencias requiere el uso de consecuencias aversivas, lo que es similar al "establecimiento de límites" de otras modalidades de tratamiento. Cuando se utilizan consecuencias aversivas es importante seguir tres directrices. Primero, el castigo debe ser proporcional a la falta y el cliente debería tener alguna forma de terminar su aplicación. Por ejemplo, en la terapia dialéctica conductual, a un acto suicida o conducta autolesiva sin intención suicida le sigue un detallado análisis conductual, lo que suele ser un procedimiento aversivo para la mayoría de los clientes. Sin embargo, una vez que se ha completado se restablece la capacidad del cliente para seguir otros temas. Segundo, es crucial que los terapeutas usen el castigo con sumo cuidado, en dosis pequeñas y por periodos muy breves, y que se restablezca una atmósfera interpersonal positiva luego de cualquier mejoría del cliente. Tercero, para que el castigo funcione debe ser lo suficientemente severo. Aunque el castigo máximo es la terminación de la terapia, una estrategia alternativa preferible es poner a los clientes en "vacaciones de la terapia". Este procedimiento se considera cuando todas las otras contingencias han fallado, o cuando una situación es tan grave que se han cruzado los límites terapéuticos o personales del terapeuta. Cuando el terapeuta utiliza esta estrategia, identifica claramente qué conductas deben ser modificadas y aclara que el cliente puede regresar una vez que se hayan cumplido las condiciones. El terapeuta mantiene contacto intermitente por teléfono o por carta, y ofrece una derivación o respaldo mientras el cliente está de vacaciones. (En términos coloquiales, el terapeuta despide al cliente y luego procura su regreso).

El cumplimiento de los límites constituye un caso especial de manejo de contingencias que involucra la aplicación de estrategias de solución de problemas a conductas del cliente que amenazan o cruzan los límites personales del terapeuta. Dichas conductas interfieren con la capacidad o disposición del terapeuta para conducir la terapia. Los terapeutas deben asumir la responsabilidad de supervisar sus propios límites personales y comunicarlos con claridad a los clientes; quienes no lo hacen a la larga terminan agotados, finalizan la terapia o dañan de alguna otra forma a sus clientes. La terapia dialéctica conductual favorece los límites naturales sobre los arbitrarios. Por consiguiente, los límites varían entre terapeutas, a lo largo del tiempo y de las circunstancias. Los límites deben presentarse no sólo por el bien del cliente, sino también del terapeuta. Lo que los clientes consideran que va en su beneficio puede no ser bueno para los terapeutas.

Modificación cognitiva

El mensaje fundamental que se da a los clientes en terapia dialéctica conductual es que es igualmente probable que las distorsiones cognitivas sean causadas por activación emocional a que sean la causa de la activación en primer lugar. El mensaje general es que, en su mayor parte, las fuentes de angustia del cliente son sucesos extremadamente estresantes más que una distorsión de sucesos benignos. En la terapia dialéctica conductual se utilizan los procedimientos de reestructuración cognitiva, como los propuestos por Beck, Brown, Berchick, Stewart y Sheer (1990) y por Ellis (1973), aunque no se ocupan de forma predominante. En contraste, las estrategias de aclaración de contingencias que se describieron se usan de forma constante, destacando las relaciones contingentes que operan en el aquí y ahora.

Exposición

Todos los procedimientos de cambio empleados en la terapia dialéctica conductual pueden replantearse como estrategias de exposición. Si bien los principios de exposición fueron desarrollados para trastornos de ansiedad (vea el trabajo de Foa y Kozak, 1986), en la terapia dialéctica conductual fueron ampliados para abordar todas las emociones problemáticas. Esas estrategias funcionan recondicionando asociaciones disfuncionales entre estímulos (p. ej., un estímulo aversivo como la hospitalización, puede asociarse con un estímulo apetitivo como el hecho de recibir cuidado; más tarde el cliente puede trabajar para ser hospitalizado) o entre una respuesta y un estímulo (p. ej., una respuesta adaptada y la expresión de emociones a una consecuencia aversiva, el rechazo de un ser querido, por lo que el cliente puede trabajar para suprimir las emociones). Como se mencionó antes, el terapeuta conductual dialéctico conduce una cadena de análisis de la señal que provoca la conducta, la conducta problemática (incluyendo las emociones) y sus consecuencias. Al trabajar en el marco de una terapia conductual, el terapeuta opera de acuerdo con tres directrices para la exposición en la terapia conductual dialéctica: (1) La exposición a la señal que precede a la conducta problemática no debe ser reforzada; (p. ej., si un cliente teme que hablar de la conducta suicida dará lugar a que sea rechazado, el terapeuta no debe reforzar la vergüenza del cliente aislándolo; (2) las respuestas disfuncionales son bloqueadas en aras de los objetivos primarios y secundarios del tratamiento (p. ej., se bloquean las conductas suicidas o autolesivas no suicidas relacionadas con la vergüenza obteniendo la cooperación del cliente para deshacerse de los medicamentos acumulados); (3) se refuerzan acciones contrarias a la conducta disfuncional (p. ej., el terapeuta refuerza al cliente por hablar de conducta suicida dolorosa y relacionada con la vergüenza).

Los procedimientos formales e informales de exposición involucran orientar primero al cliente en las técnicas y en el hecho de que la exposición a las señales a menudo se experimenta como doloroso o atemorizante. Por ende, el terapeuta no elimina la señal para la activación emocional y al mismo tiempo bloquea las tendencias de acción (incluyendo las respuestas de escape) y las tendencias expresivas asociadas con la emoción problemática. Además, un paso crucial en los procedimientos de exposición es enseñar al cliente algunos medios de ajustar o terminar la exposición cuando las

emociones se vuelvan insoportables. El terapeuta y el cliente colaboran para desarrollar formas positivas y adaptadas en que el cliente puede terminar la exposición voluntariamente, de preferencia después de que haya ocurrido alguna disminución en la emoción problemática.

Estrategias estilísticas

La terapia dialéctica conductual equilibra dos estilos de comunicación muy diferentes que se refieren a la forma en que el terapeuta lleva a cabo otras estrategias de tratamiento. La primera, comunicación recíproca, es similar al estilo de comunicación propuesto en la terapia cognitivo conductual. La segunda, comunicación irreverente, es muy similar al estilo propuesto por Whitaker (1975) en sus trabajos sobre terapia estratégica. Las estrategias de comunicación recíproca fueron diseñadas para disminuir el poder diferencial percibido haciendo al terapeuta más vulnerable respecto con el cliente. Además, sirven como modelo para interacciones apropiadas pero iguales dentro de una relación interpersonal importante. La comunicación irreverente por lo general es más arriesgada que la reciprocidad. Sin embargo, puede facilitar la solución de problemas o producir un avance cuando el progreso parece frustrado. Para usarse de manera eficaz debe obtenerse un equilibrio entre la comunicación irreverente y la comunicación recíproca y ambas deben entretejerse en una sola estructura estilística. Sin dicho equilibrio, ninguna estrategia representa a la terapia dialéctica conductual.

Comunicación recíproca

La sensibilidad, la revelación de información personal, el compromiso cálido y la autenticidad son las directrices básicas de la comunicación recíproca. La sensibilidad requiere que se atienda al cliente con cuidado y tomando en serio su agenda y sus deseos. Sin embargo, esto no significa que el terapeuta dé prioridad a la agenda del cliente sobre la jerarquía del tratamiento. Se refiere a que el terapeuta valide abiertamente la importancia de la agenda del cliente. Es un estilo amistoso, afectuoso que refleja calidez y compromiso en la interacción del terapeuta. Revelar información personal es la reacción inmediata del terapeuta al cliente y su conducta. El uso de esta estrategia es común en la terapia dialéctica conductual. Por ejemplo, un terapeuta cuyo cliente se quejó de su frialdad dijo, “Cuando usted me exige calidez, me aleja y me hace más difícil ser cálido”. De igual modo, cuando una cliente falló repetidamente en llenar las tarjetas diarias y aun así suplicaba que el terapeuta la ayudara, éste respondió, “Usted sigue pidiéndome ayuda, pero no hace las cosas que creo que son necesarias para ayudarla. Me siento frustrado porque quiero ayudarle, pero siento que no me deja”. Esas declaraciones sirven para validar y para desafiar. Constituyen un caso de manejo de contingencias porque las afirmaciones del terapeuta acerca del cliente suelen ser experimentadas como reforzantes o punitivas y como un caso de aclaración de la contingencia porque la atención del cliente está dirigida a las consecuencias de su conducta interpersonal.

La revelación de información profesional o personal se utiliza para validar y modelar

las respuestas normativas y de afrontamiento. Aquí el punto clave es que un terapeuta sólo debe usar ejemplos personales en que haya resuelto con éxito el problema que los ocupa. Esto puede parecer algo obvio, pero es muy fácil caer en este agujero por esforzarse en validar el dilema del cliente. Por ejemplo, al trabajar con un cliente cuya meta es despertarse temprano para hacer ejercicio, pero al que le resulta difícil salir de la cama, el terapeuta puede tratar de validar la conducta como normativa afirmando, "Sí, a mí también me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas, aunque cada noche me digo que voy a hacer ejercicio por la mañana". Sin embargo, esta revelación sólo es útil para el cliente si el terapeuta describe a continuación la conducta habilidosa que utiliza para lograr levantarse y hacer ejercicio.

Comunicación irreverente

La comunicación irreverente se utiliza para sacar al cliente de balance, atraer su atención, presentar un punto de vista alternativo o cambiar una respuesta afectiva.

Es una estrategia de gran utilidad cuando el cliente es inamovible o cuando terapeuta y cliente están "atorados". Tiene un sabor poco convencional y usa la lógica para tejer una red de la que el cliente no pueda escapar. Aunque es sensible al cliente, la comunicación irreverente casi nunca es la respuesta que éste espera. Para que la irreverencia funcione debe ser genuina (en lugar de sarcástica o crítica) y venir de un lugar de compasión y calidez hacia el cliente. De otro modo el cliente puede volverse aún más rígido. Cuando el terapeuta usa la irreverencia destaca algunos aspectos no pensados de la comunicación del cliente o la "replantea" de una manera poco ortodoxa. Por ejemplo, si el cliente dice, "Me voy a matar", el terapeuta podría decir, "Pensé que había aceptado no abandonar la terapia". La comunicación irreverente tiene un estilo objetivo, casi socarrón que contrasta con la sensibilidad cálida de la comunicación recíproca. El estilo también se caracteriza por el humor, una cierta inocencia e ingenuidad. Un tono de confrontación también es irreverente, que dice "pamplinas" a respuestas distintas a la respuesta adaptada objetivo. Por ejemplo, el terapeuta puede decir "¿Está loco?" o "Usted no creyó ni por un minuto que yo podría pensar que era una buena idea, ¿o sí?" El terapeuta irreverente también señala el *bluff* del cliente. Para el cliente que dice, "Voy a dejar la terapia", el cliente podría responder "¿Quiere que lo canalice?" El truco es calibrar con cuidado el engaño, proporcionando al mismo tiempo una red de seguridad; es importante dejar al cliente una salida.

ESTUDIO DE CASO

Antecedentes

En la reunión inicial, "Cindy", una mujer blanca de 30 años, casada y sin hijos, vivía con su marido en una zona suburbana de clase media. Tenía educación universitaria y había cursado con éxito casi dos años de la escuela de medicina. Cindy fue canalizada (M. M. L.) por el psiquiatra que la había atendido durante año y medio y que ya no quería darle más farmacoterapia luego de una hospitalización reciente por un intento suicida casi letal. En los dos años previos a la derivación, Cindy había sido hospitalizada por lo menos 10 veces (en una ocasión por seis meses) para recibir tratamiento psiquiátrico por su ideación suicida; había incurrido en numerosas instancias de conductas autolesivas no suicidas e intentos suicidas, incluyendo por lo menos 10 casos en que ingirió Clorox, múltiples cortes profundos y quemaduras, y había tenido tres intentos suicidas médicamente graves o casi letales, incluyendo el corte de una arteria del cuello. En el momento de la derivación Cindy cumplía los criterios del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) y los criterios de Gunderson (1984) para trastorno límite de la personalidad. También estaba tomando diversos medicamentos psicotrópicos. Hasta los 27 años, Cindy pudo funcionar bien en escenarios escolares y laborales, y el matrimonio era razonablemente satisfactorio para ambas partes, aunque el esposo se quejaba de su enojo excesivo. Cuando Cindy cursaba el segundo año de la escuela de medicina, una compañera que sólo conocía superficialmente cometió suicidio. Cindy dijo que cuando se enteró del suicidio de inmediato decidió matarse también, pero tenía muy poca consciencia sobre la situación que había provocado su decisión de quitarse la vida. En pocas semanas abandonó la escuela de medicina y desarrolló una profunda depresión y tendencias suicidas. Aunque Cindy se presentaba como una persona con pocos problemas psicológicos antes del suicidio de su compañera, un interrogatorio más profundo reveló una historia de anorexia nerviosa severa, bulimia nerviosa y abuso del alcohol de medicamentos, lo que se originó a la edad de 14 años. De hecho, conoció a su marido en una reunión de Alcohólicos Anónimos (AA) mientras asistía a la universidad. Aun así, hasta el suicidio de su compañera en la escuela de medicina Cindy había logrado mantener una apariencia general de relativa competencia.

Tratamiento

En la reunión inicial, Cindy estaba acompañada por su esposo, quien dijo que él y la familia de Cindy consideraban que el riesgo suicida de su mujer era demasiado grande para que estuviera fuera del hospital. En consecuencia, él y la familia de Cindy consideraban seriamente la viabilidad de encontrar atención ambulatoria de largo plazo. Sin embargo, Cindy expresó una fuerte preferencia por un tratamiento hospitalario, aunque a excepción de M. M. L., ningún terapeuta de la zona parecía dispuesto a asumir el tratamiento ambulatorio. La terapeuta estuvo de acuerdo con aceptar a Cindy en terapia, de manera contingente al compromiso expresado por la cliente de trabajar para

conseguir el cambio conductual y permanecer en tratamiento por lo menos un año. (Más tarde se señaló repetidamente que esto también significaba que la cliente había acordado no cometer suicidio). Por consiguiente, la terapeuta empezó el primer paso crucial de establecer una fuerte alianza terapéutica al decidir aceptarla a pesar de que nadie más quería hacerlo. Sin embargo, señaló que aceptarla en la terapia tenía un costo. La terapeuta comunicó así la aceptación de la cliente exactamente cómo se encontraba en el momento actual, aunque al mismo tiempo dejó claro que la base de la alianza terapéutica era el compromiso de Cindy para lograr el cambio. En la cuarta sesión Cindy dijo que sentía que ya no podía seguir con vida; cuando se le recordó su compromiso previo de permanecer viva durante un año de terapia, contestó que las cosas habían cambiado y que ya no podía seguir. Luego de esto, casi cada sesión individual, durante los siguientes seis meses giraron alrededor del tema de permanecer viva (y cómo) o cometer suicidio. Cindy empezó a llegar a las sesiones con lentes de espejo y podía desplomarse en la silla o pedir sentarse en el piso. Las preguntas de la terapeuta a menudo recibían un comentario mínimo o un largo silencio. En respuesta a los intentos de la terapeuta para discutir la conducta autolesiva previa, Cindy se enojaba y salía (lo que hacía considerablemente más lento el ritmo de la terapia). La cliente también presentaba marcadas reacciones disociativas que a menudo ocurrían durante las sesiones de terapia. Durante esas reacciones Cindy parecía incapaz de concentrarse o de escuchar lo que se estaba diciendo. Cuando era interrogada por la terapeuta, decía sentirse ausente y distante. Afirmó que sentía que ya no podía realizar muchas actividades como conducir, trabajar o asistir a la escuela. En general, la cliente se consideraba incompetente en todas las áreas.

El uso de las tarjetas diarias, que Cindy llenaba en la semana (o al inicio de la sesión si lo había olvidado), ayudaba a la terapeuta a supervisar con cuidado las experiencias cotidianas de ideación suicida, tristeza e impulsos de causarse daño, así como intentos suicidas reales y conductas autolesivas no suicidas. Los análisis conductuales que intentaban identificar la secuencia de eventos que daban lugar y seguían a la conducta suicida de Cindy pronto se convirtieron en un foco de atención importante en la terapia. En cada punto la terapeuta conceptualizó que la conducta autolesiva era de esperar dada la fuerza del impulso (aunque consideraba que en última instancia podría ser vencida), y señaló reiteradamente que si la cliente cometía suicidio, la terapia habría terminado, por lo que tendrían que esforzarse ahora que Cindy estaba viva.

En el curso de varios meses, los análisis conductuales empezaron a identificar un patrón conductual recurrente que a menudo precedía a las conductas suicidas. Para Cindy, la cadena de eventos solía comenzar con un encuentro interpersonal (casi siempre con su esposo) que culminaba sintiéndose amenazada, criticada o no querida. Esos sentimientos a menudo eran seguidos por impulsos de automutilación o de quitarse la vida, dependiendo en cierta medida de la covariación de los niveles de desesperanza, enojo y tristeza. Las decisiones de automutilarse y, o de intentar suicidarse a menudo eran acompañadas por el pensamiento, “Te voy a mostrar”. Otras veces, parecían predominar la desesperanza y el deseo de terminar permanentemente el dolor. Ambos

son ejemplos de vulnerabilidad emocional. Luego de la decisión consciente de automutilarse o de intentar suicidarse, Cindy disociaba de inmediato y en algún momento posterior se cortaba o se quemaba, por lo regular mientras se encontraba en un estado de "piloto automático". En consecuencia, a menudo le resultaba difícil recordar los detalles de las acciones reales. En una ocasión se quemó la pierna tan gravemente (y luego se inyectó suciedad para convencer al médico de que debería brindarle más atención) que requirió una cirugía reconstructiva. Los análisis conductuales también revelaron que la disociación durante las sesiones usualmente seguía a la percepción de Cindy de desaprobación o invalidación de la terapeuta, en especial cuando ésta sugería que el cambio era posible. La terapeuta se dirigió a la disociación durante la sesión abordándola de inmediato en cuanto ocurría.

Después de varios meses en terapia, se hizo evidente un patrón al parecer de larga duración de conductas suicidas que daban lugar a su admisión hospitalaria. Cindy reportaba intensa ideación suicida, expresaba dudas de poder resistir el impulso de quitarse la vida, y solicitaba ser ingresada en su hospital preferido o, sin advertencia, podía cortarse o quemarse gravemente y requerir hospitalización para tratamiento médico. Los intentos de convencerla de permanecer fuera del hospital o de abandonarlo antes de que estuviera lista por lo general provocaba una escalada en las tendencias suicidas, seguidas de la insistencia de su farmacoterapeuta (un psiquiatra) de hospitalizarla o del acuerdo del hospital de prolongar su estancia. La observación de este patrón conductual llevó a la terapeuta a la hipótesis de que la hospitalización en sí estaba reforzando la conducta suicida, por lo que intentó cambiar las contingencias para las conductas suicidas. Utilizó estrategias didácticas y de aclaración de contingencias para tratar de ayudar a Cindy a entender la forma en que la hospitalización podría estar fortaleciendo la misma conducta que trataban de eliminar. Este tema se convirtió en un punto focal de desacuerdo dentro de la terapia, donde Cindy consideraba que la postura de la terapeuta era poco compasiva y que no comprendía su experiencia extraordinaria. En opinión de Cindy, la intensidad de su dolor emocional hacía tan alta la probabilidad de suicidio que la hospitalización era necesaria para garantizar su seguridad. Reforzaba su posición citando con frecuencia sus dificultades con las reacciones disociativas, que reportaba como sumamente aversivas y que, en su opinión, la volvían incapaz de funcionar buena parte del tiempo.

Desde el punto de vista de la terapeuta, el riesgo a largo plazo de suicidio creado por la hospitalización repetida en respuesta a la conducta suicida era mayor que el riesgo a corto plazo de suicidio si se reducían las estancias en el hospital. Esas diferencias de opinión dieron lugar a desacuerdos frecuentes durante las sesiones. Gradualmente se hizo claro que Cindy veía como un ataque directo cualquier explicación que implicara que su conducta era influenciada por el reforzamiento; insinuó que si la hospitalización estaba reforzando su conducta suicida, entonces la terapeuta debía creer que el propósito de sus tendencias suicidas era lograr la admisión en el hospital. Obviamente esto no era el caso (por lo menos parte del tiempo), pero fallaron todos los intentos de explicar en otros términos la teoría del reforzamiento. La terapeuta compensó esto en cierto modo

insistiendo en la posibilidad de que ella (la terapeuta) tuviera la razón haciendo tres cosas. Primero, validó repetidamente la experiencia de la cliente de dolor casi insoportable. Segundo, se aseguró de abordar repetidamente la conducta disociativa de la cliente explicándola como una reacción automática al afecto intensamente doloroso (o a la amenaza del mismo). Tercero, abordó con frecuencia la calidad de la relación entre ellas para fortalecer la relación y mantener a Cindy en la terapia, aunque hacerlo fuese una fuente de más dolor emocional. Para el quinto mes a la terapeuta le preocupó que el régimen actual de tratamiento tuviese la consecuencia imprevista de matar a la cliente (a través del suicidio). En este punto habían sido cruzados los límites de la terapeuta para un tratamiento efectivo, por lo que decidió emplear la estrategia de consulta con el cliente para tratar las hospitalizaciones de Cindy. La estrategia preferida habría sido hacer que Cindy negociara un nuevo plan de tratamiento con su hospital preferido y el psiquiatra responsable de su admisión. Sin embargo, Cindy se negó a aceptarlo porque no creía que fuera sensata la idea de cambiar su acceso ilimitado actual a la unidad hospitalaria. La terapeuta logró que Cindy aceptara una reunión de consulta con todos los que le proporcionaban tratamiento y, con algo de tenacidad, logró que hiciera todas las llamadas para preparar la reunión (e incluso que invitara a su agente de seguros, quien coordinaba los pagos por su tratamiento).

Durante la conferencia del caso, la terapeuta presentó su hipótesis de que la hospitalización contingente reforzaba la conducta suicida de Cindy; también la ayudó a preparar el argumento de que ella (la terapeuta) estaba equivocada. Mediante el uso de la comunicación recíproca y el manejo de contingencias, la terapeuta afirmó que no podía conducir una terapia que pensaba que podría matar a la cliente (y que tenía que seguir con lo que consideraba que era mejor, aunque estuviera equivocada porque "actuar de otra manera no sería ético") y solicitó que se acordara un nuevo sistema de contingencias para interrumpir la relación funcional entre la conducta suicida de Cindy y la hospitalización. Por consiguiente, se desarrolló un plan en que no se requería que la cliente se mostrara suicida para obtener la admisión hospitalaria. Con este nuevo conjunto de contingencias, Cindy podía decidir, a voluntad, entrar al hospital para una estancia de hasta tres días, para recibir el alta después de ese tiempo. Si convencía a la gente de que era demasiado suicida para ser dada de alta, sería transferida a su hospital menos preferido para su seguridad. Las tendencias suicidas y las conductas autolesivas no suicidas ya no serían justificación para la admisión, excepto a una unidad médica cuando fuese necesario. Aunque hubo cierto desacuerdo sobre la relación funcional entre la conducta suicida y la hospitalización, el sistema fue acordado. Después de esta reunión, el esposo de Cindy anunció que ya no podía vivir o tolerar la conducta suicida de su esposa y que la constante amenaza de encontrarla muerta lo había llevado a la decisión de solicitar el divorcio. La atención de la terapia cambió entonces a ayudar a Cindy en su duelo por este suceso y a encontrar un arreglo conveniente de alojamiento. Cindy alternaba entre la furia por el abandono de su esposo en sus momentos de necesidad (o de "enfermedad", como ella lo planteaba) y la desesperanza de que no podría afrontar la situación sola. Decidió que la única terapia útil sería "sacar sus

sentimientos". Esto dio lugar a muchas sesiones llorosas en que la terapeuta validaba al mismo tiempo el dolor; se enfocaba en que Cindy experimentara el afecto en el momento, sin escalarlo ni bloquearlo; y celebraba la capacidad de Cindy para manejarse sin regresar al hospital. Debido al alto nivel de disfuncionalidad de Cindy, ella y su terapeuta decidieron que entraría a una instalación de tratamiento residencial durante un periodo de tres meses. La instalación tenía una orientación hacia las habilidades de afrontamiento y ofrecía terapia de grupo, pero no individual. Durante este periodo, Cindy veía a su terapeuta una vez a la semana y hablaba con ella varias veces a la semana. Con algo de asesoría, Cindy buscó y encontró una compañera con quien vivir y regresó a su propia casa al final de los tres meses (el noveno mes de la terapia). Durante el tratamiento la terapeuta utilizó diversas estrategias para tratar las tendencias suicidas, las conductas autolesivas no suicidas y las conductas de Cindy que interferían con la terapia. Análisis profundos de cadenas conductuales y solución ayudaron a la terapeuta (y en ocasiones a la cliente) a obtener *insight* sobre los factores que influían en su conducta suicida actual. Para Cindy, como para la mayoría de los clientes, fue muy difícil hacer esos análisis porque el proceso usualmente generaba intensos sentimientos de vergüenza, culpa o enojo.

Por consiguiente, el análisis conductual también funcionó como estrategia de exposición, alentando a la cliente a observar y experimentar el afecto doloroso. También funcionó como estrategia cognitiva para ayudar a cambiar las expectativas de Cindy concernientes a las ventajas y desventajas de la conducta suicida, en especial cuando la terapeuta de manera reiterada le hacía preguntas como "¿Cómo cree que se sentiría si me enojo con usted y luego amenazo con el suicidio si no cambia?" Por último, el análisis conductual funcionó como manejo de contingencias en que la posibilidad de que la cliente siguiera temas de interés en las sesiones de la terapia se hizo contingente al éxito del análisis de cadena y solución.

Cindy presentó al inicio de la terapia percepciones extremadamente fuertes relacionadas con sus necesidades y deseos y con la disposición concomitante a participar en conducta suicida extremadamente letal. Como se mencionó, varias de esas acciones fueron intentos serios de terminar con su vida, mientras que otros funcionaron como intentos de obtener atención y cuidado de personas significativas. Esta cliente también presentó una sensibilidad extrema a cualquier intento de utilizar procedimientos obvios de cambio, que por lo general interpretaba como un mensaje sobre su incompetencia y su indignidad. Aunque al principio Cindy se comprometió a asistir cada semana a sesiones grupales de entrenamiento de habilidades durante el primer año de terapia, su asistencia a esas reuniones fue bastante errática y por lo general tendía a faltar a la sesión (pero nunca a más tres sesiones seguidas) o a irse durante el descanso. Cindy respondió a los intentos de la terapeuta por tocar este tema afirmando que no podía conducir de noche por una condición de ceguera nocturna. Aunque se consideró como una conducta que interfería con la terapia y se abordó frecuentemente en el curso de la terapia, faltar al entrenamiento de habilidades no era tema importante del tratamiento debido a la presencia continua de conductas suicidas de mayor prioridad. Los esfuerzos de la

terapeuta por involucrar a la cliente en la adquisición de habilidades durante las sesiones individuales de terapia también fueron algo limitados y siempre precedidos por el compromiso verbal de Cindy con la solución del problema. La estrategia estilística de comunicación irreverente resultó útil para el proceso terapéutico. La irreverencia de la terapeuta a menudo sirvió para "sacudir" a la cliente, lo que llevó a relajar el pensamiento dicotómico y las cogniciones inadaptadas. El resultado de esto fue la mayor disposición de Cindy a explorar soluciones conductuales nuevas y adaptadas. Por último, las estrategias de relación se usaron intensamente como herramientas para fortalecer la alianza terapéutica y no hacerlas contingentes a las conductas suicidas y, o disociativas. Aquí se incluyen llamadas telefónicas iniciadas por la terapeuta para ponerse en contacto, el hecho de que la terapeuta le brindara rutinariamente sus números telefónicos cuando salía de viaje y que le enviara postales cuando salía de la ciudad.

Para el doceavo mes de terapia, la conducta suicida y autolesiva de Cindy, así como sus impulsos de involucrarse en dichas conductas disminuyeron. Además, sus estancias en el hospital se redujeron marcadamente y no ocurrió ninguna desde el octavo mes. Mientras compartía la casa con una compañera fue readmitida en la escuela de medicina. Parte de la razón para regresar a la escuela fue cambiar su vida, de modo que pudiera intentar recuperar el amor y la atención de su esposo, o por lo menos su amistad. Conforme la terapia siguió enfocada en cambiar las contingencias de la conducta suicida, reducir el dolor emocional y la inhibición, y tolerar la angustia, se agregó un foco adicional de mantener la sobriedad y un consumo razonable de comida. Durante los primeros meses de vivir en su casa sin su marido, Cindy tuvo varias borracheras y su consumo de alimento disminuyó considerablemente. Esas conductas se convirtieron de inmediato en objetivos. La fuerte atención de la terapeuta a esas conductas también le comunicó a Cindy que tomaba en serio sus problemas aunque no fueran suicidas. La terapia se enfocó también en ampliar su red social. Igual que con las conductas suicidas, la atención a esos objetivos sirvió como medio para tratar los problemas asociados. Conforme disminuía la frecuencia de las situaciones de crisis, se prestó más atención a analizar los patrones familiares, incluyendo las experiencias de descuido e invalidación que podrían haber dado lugar a los problemas de la paciente en su vida posterior. Cindy no reportó una historia de abuso sexual o físico, por lo que la meta explícita de la segunda etapa fue entender la historia de la paciente y su relación con sus problemas actuales.

En otros casos, en especial cuando ha existido abuso físico o sexual en la niñez, cuando se pasa a la segunda etapa antes de haber alcanzado los objetivos de la primera etapa, es probable que esto resulte en el retroceso a conductas previamente problemáticas. Por ejemplo, Terry, otra cliente tratada por la misma terapeuta (M. M. L.) había sufrido un grave abuso físico de su madre durante su niñez y abuso sexual de su padre desde los cinco años. Al principio los avances sexuales no fueron violentos, pero se volvieron físicamente abusivos aproximadamente a los 12 años. Antes de esta terapia, Terry no había revelado a nadie los incidentes de abuso.

Después de la negociación exitosa de los objetivos de la primera etapa, la terapeuta

procedió a exponer a Terry a señales relacionadas con el trauma haciendo simplemente que empezara a revelar detalles del abuso. Esas sesiones de exposición se entremezclaron con el trabajo en los problemas actuales en la vida de la paciente.

Luego de una sesión de exposición enfocada en el abuso sexual, Terry retrocedió a algunas de sus conductas previamente problemáticas, lo que fue evidenciado por el retraimiento y el silencio en las sesiones, la ideación suicida y el incumplimiento en el consumo de medicamentos. La aparición de dichas conductas señaló la necesidad de detener en la segunda etapa las discusiones del abuso sexual previo para abordar en forma recurrente objetivos de la primera etapa. Se dedicaron tres sesiones al análisis conductual de las tendencias suicidas actuales de Terry y de las conductas que interferían con la terapia o con la calidad de vida; al final estas fueron vinculadas tanto con los temores sobre cómo vería la terapeuta sus respuestas emocionales hacia su padre en la niñez, y las visitas que le hacía en las festividades que precipitaron los conflictos de lo que Terry sentía hacia su padre en el presente. Este enfoque de dos pasos adelante y un paso atrás es común en la terapia para clientes con el trastorno límite de la personalidad y en particular puede marcar la transición entre la primera etapa y la segunda.

Como se mencionó, la tercera etapa se concentra en el respeto del cliente por sí mismo independientemente de las opiniones de otros. Betty, quien también recibía tratamiento con la misma terapeuta (M. M. L.) había negociado con éxito las dos primeras etapas y se había convertido en una enfermera muy competente con responsabilidades de entrenamiento y supervisión. La terapia con Betty se enfocó luego en mantener su autoestima en presencia de personas muy significativas (p. ej., su supervisor) que la invalidaban constantemente. El tratamiento incluía componentes como los intentos de la terapeuta para hacer notar la tendencia de Betty a modificar la opinión de sí misma para hacerla coincidir con la de otros, para lograr que Betty se validara y tranquilizara a sí misma, y ejercicios de imaginería en que la paciente verbalizaba y se imaginaba haciendo frente a las otras personas poderosas. Buena parte de la terapia se concentró en la conducta interpersonal de Betty dentro de las sesiones, y se trató de relacionar esta conducta con sus interacciones con otras personas importantes. Así, el tratamiento en este punto era muy similar al régimen de psicoterapia analítica-funcional desarrollado por Kholenberg y Tsai (1991). En general, esta tercera etapa de la terapia implicó pasar a una relación más igualitaria entre la cliente y la terapeuta, en que se enfatizaba el hecho de que la cliente defendiera sus opiniones y sus acciones. Este enfoque requería que la terapeuta reforzara las afirmaciones de la cliente y retrocediera y se abstuviera de validarla y apoyarla de la forma característica en las dos primeras etapas. Además, las sesiones de terapia se redujeron a cada dos semanas y se analizaron periódicamente los temas relacionados con la eventual terminación.

La cuarta etapa de la terapia dialéctica conductual se dirige a la sensación de no estar completo que puede impedir la experiencia de alegría y libertad. Sally comenzó la primera etapa del tratamiento con la misma terapeuta (M. M. L.) 15 años antes. La primera etapa tuvo una duración de dos años, lo que fue seguido por un descanso de un año, después de lo cual se reanudó el tratamiento durante varios años con sesiones

bimestrales que dieron lugar a sesiones mensuales, y que en la actualidad incluían cuatro o cinco sesiones al año. Sally había estado casada durante 30 años con una persona con empleos irregulares que, aunque era devoto y leal, la invalidaba mucho. Aunque parecía ser brillante, usualmente era despedido de sus trabajos por su poca sensibilidad interpersonal. Durante años ella había tenido un empleo de tiempo completo en el mismo lugar, donde trabajaba con niños. El hijo al que Sally se sentía más cercana había muerto dos años antes en un accidente aéreo; su madre había muerto el año anterior y su padre estaba muy enfermo. A pesar de tener un matrimonio estable, un empleo estable y muy satisfactorio, de haber criado a dos hijos bien centrados y de seguir siendo atlética, le parecía que la vida no tenía sentido. En el pasado había participado mucho en actividades espirituales; después de los retiros de meditación o de largos periodos de meditación diaria, solía reportar satisfacción y cierta sensación de alegría. Desde la muerte de su hijo, Sally había abandonado la mayor parte de sus actividades espirituales; luego de dos años de enfocarse en su duelo, ahora estaba lista para la cuarta etapa. La planeación del tratamiento se enfocó en la práctica y seguimiento de su progreso en la aceptación radical (o "salir del yo" en la terminología zen), ya fuese sola o con el apoyo del grupo.

TRANSCRIPCIONES

La siguiente mezcla de transcripciones representa ejemplos reales del proceso de terapia ocurrida en varias sesiones con diferentes clientes. Se eligieron esos diálogos particulares entre terapeuta y cliente para brindar al lector ejemplos exhaustivos de la aplicación de una gran variedad de estrategias de tratamiento de la terapia dialéctica conductual. Los objetivos de la sesión que se presentan en la siguiente transcripción fueron la orientación y el compromiso; las estrategias empleadas fueron validación, solución de problemas (*insight*, orientación y compromiso), dialéctica (abogado del diablo) e integración (mejoramiento de la relación).

Obtener el compromiso del cliente es un primer paso crucial al iniciar la terapia con clientes que tienen el trastorno límite de la personalidad. Como se ilustra en la siguiente transcripción, la técnica dialéctica del abogado del diablo puede ser sumamente efectiva cuando se usa como estrategia de compromiso. En esta primera sesión de la terapia, la meta principal de la terapeuta era obtener el compromiso del cliente con la terapia, así como el compromiso de eliminar la conducta suicida.

Empezó por orientar al cliente sobre el propósito de esta sesión inicial.

TERAPEUTA: Entonces, ¿se siente un poco nerviosa conmigo?
CLIENTE: Sí, supongo que lo estoy.
TERAPEUTA: Bueno, eso es comprensible. Durante los siguientes 50 minutos, más o menos, tenemos esta oportunidad de conocernos y ver si deseamos trabajar juntas. Me gustaría hablar un poco sobre el programa y la forma en que llegó aquí. Cuénteme, ¿qué quiere obtener de la terapia conmigo y qué está haciendo aquí?
CLIENTE: Quiero mejorar.
TERAPEUTA: Bien, ¿qué está mal con usted?
CLIENTE: Soy un desastre. (*Risas*).
TERAPEUTA: ¿Cómo así?
CLIENTE: Mmm, no lo sé. Es sólo que por ahora no puedo afrontar la vida cotidiana. Ni siquiera puedo… Soy un desastre. No sé cómo lidiar con todo.
TERAPEUTA: ¿Qué significa eso exactamente?
CLIENTE: Mmm, bueno, todo. Lo intento esos días en que todo me parece abrumador. No puedo realizar mi trabajo, y ahora tengo licencia médica. Además, todos se sienten molestos porque paso demasiado tiempo en el hospital, y creo que mi psiquiatra quiere dejarme por todo esto de mi conducta autolesiva.
TERAPEUTA: ¿Qué tan a menudo se lastima a sí misma?
CLIENTE: Tal vez una o dos veces al mes. Uso el encendedor o cigarrillos, en ocasiones una navaja de rasurar.
TERAPEUTA: ¿Tiene cicatrices por todas partes?
CLIENTE: (*Asiente con la cabeza*).
TERAPEUTA: Su psiquiatra me dice que también ingirió Clorox. ¿Por qué no lo mencionó?

CLIENTE: Supongo que no pasó por mi mente.
TERAPEUTA: ¿Es muy frecuente que las cosas no pasen por su mente?
CLIENTE: No lo sé con certeza. Puede ser.
TERAPEUTA: Entonces con usted voy a tener que ser muy buena para adivinar.
CLIENTE: Mmm…
TERAPEUTA: Por desgracia, no soy muy buena con las adivinaciones. Por lo que tendré que enseñarle cómo hacer que las cosas pasen por su mente. Entonces, ¿qué es exactamente lo que quiere obtener de la terapia conmigo? ¿Dejar de lastimarse, dejar de intentar matarse, o ambas cosas?
CLIENTE: Ambas. Me tienen enferma.
TERAPEUTA: ¿Y hay alguna otra cosa en que quiera ayuda?
CLIENTE: Mmm, bueno, no sé cómo manejar el dinero y tampoco cómo manejar las relaciones. No tengo amigos; no me buscan a menudo. Soy una antigua alcohólica y soy anoréxica y bulímica en recuperación. Todavía tengo la tendencia a ello.
TERAPEUTA: ¿Piensa que tal vez parte de lo que le sucede es que ha reemplazado sus conductas alcohólicas y anoréxicas con conductas autolesivas?
CLIENTE: No lo sé. No lo había pensado de ese modo. Sólo siento que no sé cómo manejarme, y, usted sabe, supongo que tengo que ocuparme de estas cosas y que es obvio que me están afectando, si no fuera así no estaría intentando quitarme la vida.
TERAPEUTA: Entonces, desde su perspectiva, un problema es que no sabe cómo hacer las cosas. Muchas cosas.
CLIENTE: Sí, es mucho de eso, sé cómo, pero por alguna razón no lo hago.
TERAPEUTA: Mmm.
CLIENTE: Usted sabe, quiero decir que sé que necesito ahorrar dinero, y sé que necesito hacer mi presupuesto y hacerlo cada mes, pero cada mes me quedo con deudas. Pero, mmm, usted sabe, para mí es muy difícil. Es como si en ocasiones yo supiera que no debo comer algo y en cualquier forma lo hago.
TERAPEUTA: Entonces, parece que parte del problema es que en realidad sí sabe cómo hacer las cosas pero no sabe cómo obligarse a hacer las cosas que sabe hacer.
CLIENTE: Exactamente.
TERAPEUTA: Parece que sus emociones la controlan, ¿es usted una persona que hace las cosas cuando está de humor?
CLIENTE: Sí. Todo es controlado por el estado de ánimo.
TERAPEUTA: Entonces, usted es una persona de carácter cambiante.
CLIENTE: Sí. No limpio la casa durante dos meses y luego me entra el ánimo de limpiar. Limpio hasta dejarlo todo inmaculado y lo mantengo así por tres semanas, quiero decir, inmaculado, y luego entro en el estado de ánimo que me hace regresar al desastre.
TERAPEUTA: Entonces, ¿considera que una de las tareas que debemos realizar es encontrar una forma de lograr que su conducta y lo que hace dependan menos de cómo se siente?
CLIENTE: Correcto.

La terapeuta usó el *insight* para hacer evidente para la cliente la relación observada entre

sus emociones y su conducta. Luego empezó el proceso de moldear un compromiso mediante la estrategia dialéctica del abogado del diablo.

TERAPEUTA: Por supuesto, lograr eso va a ser un infierno, ¿no le parece? ¿Por qué querría hacerlo? Parece muy doloroso.

CLIENTE: Bueno, quiero hacerlo porque es tan incongruente. Es peor, usted sabe, porque cuando estoy… Yo lo sé, igual que con hacer el presupuesto de mi dinero o cualquier otra cosa. Sé que necesito hacerlo y luego, cuando no lo hago, me hace sentir peor.

TERAPEUTA: ¿Por qué querría hacer algo que no tiene el ánimo de hacer?

CLIENTE: Porque tengo que hacerlo. Porque no puedo sobrevivir de esa forma si no lo hago.

TERAPEUTA: A mí me suena como una vida muy sencilla.

CLIENTE: Sí, pero no puedo permitirme vivirla si gasto mi dinero en diversión y en cosas estúpidas y frívolas que…

TERAPEUTA: Bueno, supongo que debería tener algunos límites y no hacer cosas tan estrafalarias, pero en general, quiero decir, ¿por qué limpiar la casa si no tiene el ánimo de hacerlo?

CLIENTE: Porque me saca de quicio ser un desastre. Y no puedo encontrar las cosas, en ocasiones pierdo los recibos y termino por no pagarlos. Y ahora tengo una colección de agencias de cobranza detrás de mí. No puedo lidiar con todo esto, y termino por causarme daño y entrar al hospital. Y entonces lo único que quiero es terminarlo todo. Pero al parecer sigue sin importarme porque si no tengo el ánimo de limpiar, no lo hago.

TERAPEUTA: Entonces, el hecho de que ocurran cosas horribles en su vida hasta ahora no ha sido suficiente motivación para lograr que haga cosas que se opongan a su estado de ánimo, ¿correcto?

CLIENTE: Bueno, obviamente no (*risas*) porque no está sucediendo.

TERAPEUTA: ¿No se lo digo? Esto va a ser un gran problema ¿no le parece? No va a ser sencillo. No es como si usted entrara aquí y yo dijera "Muy bien, varita mágica" y luego de repente usted quiere hacer cosas que no tiene el ánimo de hacer.

CLIENTE: Sí.

TERAPEUTA: Sí, me parece entonces que si no está en el ánimo de hacer cosas, sí depende mucho de sus cambios de humor, será algo muy difícil de resolver. De hecho, creo que es uno de los problemas más difíciles que he encontrado.

CLIENTE: Sí, genial.

TERAPEUTA: Creo que podemos lidiar con eso, pero me parece que será un infierno. La verdadera pregunta es si estará dispuesta o no a pasar por un infierno para lograr lo que quiere. Me parece que esa es la pregunta ahora.

CLIENTE: Bueno, si me va a hacer más feliz, sí.

TERAPEUTA: ¿Está segura?

CLIENTE: Sí, he pasado por esto desde que tenía 11 años. Estoy enferma de esta mierda. Quiero decir, disculpe mi lenguaje, pero es que en realidad lo estoy y me siento

contra la pared. Necesito hacerlo o necesito morir. Esas son mis dos opciones.
TERAPEUTA: Bueno, ¿por qué no morir?
CLIENTE: Bueno, si se concreta a eso, lo haré.
TERAPEUTA: Mmm, ¿pero por qué no ahora?
CLIENTE: Porque ésta es mi última esperanza. Porque, si me queda una última esperanza, ¿por qué no tomarla?
TERAPEUTA: Entonces, en otras palabras, en igualdad de condiciones, prefiere vivir a morir si puede librarse de esto.
CLIENTE: Si puedo librarme de esto, sí.
TERAPEUTA: Muy bien, eso es bueno; esa será su fortaleza. Vamos a apostarle a eso. Usted tendrá que recordar eso cuando las cosas se pongan difíciles. Pero ahora quiero hablarle acerca de este programa y lo que siento sobre el hecho de que se cause daño, y luego veremos si todavía quiere hacerlo.

Como se ilustró en el segmento anterior, el uso incesante que hizo la terapeuta de la estrategia del abogado del diablo logró "meter un pie en la puerta" y obtener el compromiso inicial de la cliente. La terapeuta "subió luego la apuesta" con una breve explicación del programa y sus metas.

TERAPEUTA: Ahora, la cosa más importante de entender es que no somos un programa de prevención del suicidio, ese no es nuestro trabajo. Somos un programa para mejorar la vida. Según lo vemos, vivir una vida miserable no es un logro. Si decidimos trabajar juntas, voy a ayudarla a tratar de mejorar su vida, por lo que es muy bueno que no quiera morir o lastimarse. También debe saber que veo a las conductas suicidas, incluyendo beber Clorox, como conductas que pretenden resolver problemas, y pienso lo mismo del alcoholismo.
La única diferencia es que, por desgracia, cortarse o quemarse, funcionan. Si no lo hicieran, nadie lo haría más de una vez. Pero sólo funcionan en el corto plazo, no a largo plazo. De modo que dejar de cortarse y de lastimarse será exactamente como dejar el alcohol. ¿Le parece que esto será difícil?
CLIENTE: Dejar de beber no fue tan difícil.
TERAPEUTA: Bueno, en mi experiencia, dejar de causarse daño es muy difícil. Requerirá mucho trabajo de ambas, pero usted tendrá que trabajar mucho más. Y como le dije cuando hablamos brevemente, si se compromete con esto, será por un año -terapia individual conmigo una vez por semana y entrenamiento de habilidades en grupo una vez por semana-. Entonces, la pregunta es si usted está dispuesta a comprometerse por un año.
CLIENTE: Le dije que estoy enferma de esto. Esa es la razón por la que estoy aquí.
TERAPEUTA: ¿Y se da cuenta de que si se mantiene aquí por un año, si lo piensa, en realidad eso descarta el suicidio por un año?
CLIENTE: Lógicamente, por supuesto.
TERAPEUTA: Entonces debemos ser absolutamente claras sobre esto porque la terapia

no va a funcionar si no la termina. La meta relacionada con el estado de ánimo más importante con la que debemos trabajar es que, sin importar cómo se sienta, no se quitará la vida ni intentará hacerlo.

CLIENTE: Correcto.

TERAPEUTA: Entonces, eso es lo que veo como la prioridad número uno -no la única sino la número uno en la que vamos a trabajar. Y lograr que usted acepte (de manera consciente, por supuesto) y que en realidad cumpla la meta de permanecer viva y no lastimarse ni intentar cometer suicidio, sin importar cuál sea su estado de ánimo. Ahora, la pregunta es si está de acuerdo con eso.

CLIENTE: Sí, estoy de acuerdo con eso.

Después de haber obtenido el compromiso de la cliente para trabajar en la conducta suicida, la terapeuta empleó de nuevo la estrategia del abogado del diablo para reforzar el compromiso.

TERAPEUTA: ¿Por qué estaría usted de acuerdo con eso?

CLIENTE: No lo sé. (*Risas*).

TERAPEUTA: Quiero decir, ¿no sería mejor estar en una terapia donde, si quisiera matarse, pudiera hacerlo?

CLIENTE: No lo sé. Quiero decir, en realidad nunca lo pensé de esa forma.

TERAPEUTA: Mmm.

CLIENTE: No quiero… Quiero ser capaz de llegar al punto en que sienta que no soy obligada a vivir.

TERAPEUTA: Entonces ¿está de acuerdo conmigo porque se siente obligada a hacerlo?

CLIENTE: Sigue haciéndome todas esas preguntas.

TERAPEUTA: ¿Qué piensa de eso?

CLIENTE: Honestamente, no se qué pienso justo ahora.

Una habilidad necesaria e importante del terapeuta conductual dialéctico es la capacidad de sentir cuándo se ha llevado a un cliente a sus límites, así como la habilidad simultánea de tener la disposición y la posibilidad de retroceder y, al menos por cierto tiempo, dejar de presionar al cliente. En esos casos, es probable que la presión continua del terapeuta se convierta en bumerán y tenga el efecto contrario a lo que pretende el terapeuta. Aquí la terapeuta advirtió la confusión de la cliente y sintió que, de seguir presionándola, era probable que redujera la fuerza de su compromiso. En consecuencia, la terapeuta retrocedió y continuó con la validación.

TERAPEUTA: ¿Siente entonces que la estoy poniendo un poco contra la pared?

CLIENTE: No, no de verdad. (*Empieza a llorar*).

TERAPEUTA: ¿Qué le sucede justo ahora?

CLIENTE: (*Pausa*). No lo sé. Quiero decir, no creo que en realidad quiera matarme, creo que siento que debo hacerlo. Ni siquiera me parece que sea una cosa relacionada con el estado de ánimo. Sólo pienso que esto ocurre cuando siento que no tengo otra

opción. Me digo, “Bueno, sabes que no hay otra opción, entonces hazlo”. Ya sabe, y justo ahora no veo ningún rayo de esperanza. Voy a terapia, supongo que es algo bueno. Quiero decir, sé que es bueno, pero no veo nada que sea mejor de lo que era el día en que traté de matarme.

TERAPEUTA: Bueno, eso es probablemente cierto. Quizá no hay nada mejor. Quiero decir, tratar de quitarse la vida por lo regular no resuelve los problemas. Aunque en realidad sí hizo algo por usted.

CLIENTE: Me trajo a terapia.

TERAPEUTA: Sí, entonces, el hecho de que le haga todas esas preguntas la hace llorar. Parece que debe sentirse muy mal.

CLIENTE: Me siento abrumada, creo que esa es la palabra.

TERAPEUTA: En parte esa es la razón de que tengamos esta conversación, tratar de estructurar nuestra relación de forma que sea muy clara para ambas. Y de esa forma, por lo menos, reduciremos lo abrumada que se siente por no saber que va a pasar conmigo. ¿Está bien?

CLIENTE: Mmm.

TERAPEUTA: Y también quiero ser muy clara sobre cuál será nuestra meta principal y lo difícil que esto es porque si usted quiere salirse, este es el momento. Porque voy a tomar muy en serio si dice, “Si, quiero hacerlo”.

CLIENTE: No quiero salirme.

TERAPEUTA: Muy bien, bueno, ahora quiero decirle que en este momento esto parece una buena idea. Su estado de ánimo parece propicio para empezar un nuevo programa. Pero en cinco horas puede parecer que no es tan buena idea. Es parecido a la facilidad con que uno se compromete con una dieta después de una comida opípara, pero resulta mucho más difícil cuando uno tiene hambre. Pero vamos a trabajar para lograr que siga pareciendo una buena idea. Será el infierno, pero tengo confianza. Creo que lograremos trabajar juntas.

Vea la forma en que la terapeuta terminó la sesión preparando a la cliente para las dificultades que probablemente experimente para mantener su compromiso y trabajar en la terapia. Animar y mejorar la relación son el cimiento de una alianza terapéutica fuerte. La siguiente sesión tuvo lugar aproximadamente a los cuatro meses de estar en terapia. El objetivo de la sesión fue la conducta suicida. La terapeuta usó las estrategias de validación, solución de problemas (aclaración de contingencias, información didáctica, análisis conductual y análisis de solución), estilística (comunicación irreverente), dialéctica (metáfora, hacer limonada con los limones) y de entrenamiento de habilidades.

La terapeuta revisó la tarjeta diaria de la cliente y advirtió una conducta autolesiva reciente en que la cliente se abrió una herida que se había provocado previamente, luego de que su médico se negó a proporcionarle analgésicos. La terapeuta empezó con el análisis conductual.

TERAPEUTA: Muy bien. La última semana que estuvimos aquí usted me dijo que no

volvería a lastimarse nunca porque era tan ridículo que no podía soportarlo, que no se lastimaría más. Entonces vamos a averiguar cómo se malogró eso el domingo de modo que podamos aprender algo de ello. Muy bien. ¿Cuándo empezó a sentir el impulso de lastimarse?

CLIENTE: El miércoles el pie empezó a molestarme. Empecé a sentir mucho dolor.

TERAPEUTA: ¿No le había molestado antes?

CLIENTE: No.

TERAPEUTA: Entonces, antes de eso los nervios estaban muertos o algo así, ¿eh? Empezó a sentir mucho dolor. Ahora, ¿cuándo empezó a sentir el dolor y cuándo apareció el impulso de lastimarse?

CLIENTE: Al mismo tiempo.

TERAPEUTA: ¿Se presentaron en el mismo momento?

CLIENTE: Más o menos.

La especificación de un primer suceso ambiental instigador es siempre el primer paso en la conducción de un análisis conductual en cadena. Aquí la terapeuta empezó preguntando directamente cuándo habían empezado los impulsos hacia el suicidio y las conductas autolesivas no suicidas. Note también que la terapeuta usó la comunicación irreverente al inicio de la sesión.

TERAPEUTA: ¿Cómo fue que sentir dolor activó el impulso de lastimarse? ¿Sabe cómo sucedió? ¿Cómo pasó de una cosa a la otra?

CLIENTE: No lo sé. Quizá no fue hasta el jueves, pero le dije a mi enfermera, "Mire, tengo mucho dolor, usted sabe. Voy a vomitar porque me duele muchísimo". Y la enfermera lo intentó, llamó al médico y le dijo que tenía mucho dolor y le preguntó si podía darme algunos analgésicos. ¡Pero no quiso! Seguí pidiéndole y la respuesta siguió siendo no, y cada vez me sentía más y más histérica. Entonces sentí que tenía que demostrarle a alguien que dolía porque no me creía.

TERAPEUTA: Tratemos entonces de entender esto. ¿Usted suponía que si le creían que le dolía tanto como decía le darían los analgésicos?

CLIENTE: Sí.

TERAPEUTA: Muy bien. Eso es el pensamiento fallido. Ese es el problema. ¿Entiende? Es absolutamente posible que la gente sepa lo duro que es el dolor y aún así no le dé el medicamento.

CLIENTE: Lo creo firmemente, e incluso lo escribí en mi diario, que si me hubieran dado los analgésicos cuando de verdad los necesitaba, ni siquiera habría pensado en lastimarme.

La terapeuta continuó en la obtención de la descripción de los hechos que ocurrieron al mismo tiempo en que empezó el problema. No estaba del todo claro qué aspecto de no obtener los analgésicos había disparado la conducta autolesiva. En el siguiente segmento, la terapeuta usó la estrategia dialéctica de la metáfora para analizar qué factores podrían

haber sido importantes. Advierte que el ejemplo se presentó como un experimento en que se proporcionaron diferentes escenarios y se obtuvieron las respuestas.

TERAPEUTA: Permita que le pregunte algo, va a tener que imaginarlo, ¿de acuerdo? Vamos a imaginar que estamos juntas en una balsa en medio del océano. Nuestro barco se hundió y estamos en la balsa. Y cuando el barco se hundió usted sufrió una cortada muy fea en la pierna. Y juntas la envolvemos lo mejor que podemos. Pero no tenemos ningún analgésico. Estamos juntas en la balsa y la pierna le duele mucho, y me pide un analgésico y le digo que no ¿Cree que yo tendría entonces el deseo de lastimarla y de hacer que se sienta peor?
CLIENTE: No, esa sería una situación distinta.
TERAPEUTA: Muy bien, pero ¿qué pensaría si tuviésemos los analgésicos y le dijera que no porque teníamos que guardarlos?
CLIENTE: Si eso fuera lógico para mí, lo aceptaría y no desearía lastimarme.
TERAPEUTA: ¿Y qué pasaría si le dijera que no porque no me gustaría que se volviera adicta a las drogas?
CLIENTE: No querría lastimarme.
TERAPEUTA: Muy bien, entonces tenemos esto claro. El dolor no es lo que disparó el deseo de lastimarse. Lo que pasó fue que alguien no quiso ayudarla cuando sintió que podrían hacerlo si quisieran.
CLIENTE: Sí.

La terapeuta utilizó la aclaración de la contingencia para señalar los efectos que tenían las respuestas de otros en la conducta de la cliente. En el siguiente segmento, la terapeuta empleó de nuevo la aclaración de la contingencia en un esfuerzo continuo de destacar para la cliente la función de comunicación que cumplían las conductas autolesivas no suicidas.

TERAPEUTA: Entonces, en otras palabras, causarse daño es una conducta de comunicación, ¿de acuerdo? Entonces tenemos que encontrar la forma de que la conducta de comunicación deje de funcionar.
CLIENTE: ¿Por qué?
TERAPEUTA: Porque no va a dejar de hacerlo hasta que deje de funcionar. Es como tratar de hablar con alguien; si no hay nadie en la habitación, a la larga deja de tratar de hablarle. Es como cuando el teléfono se muere, usted deja de hablar.
CLIENTE: Lo intenté durante tres noches seguidas de una forma perfectamente asertiva y dije con claridad que sentía mucho dolor.
TERAPEUTA: Sabe, creo que voy a cambiar de silla con usted. No está escuchando lo que digo.
CLIENTE: Y ellos seguían diciendo “No”, y entonces se encendió una luz en mi cabeza.
TERAPEUTA: Estoy considerando cambiar de silla con usted.
CLIENTE: Y fue como si dijera, “Aquí, ¿Ahora puede decir que duele mucho?”

TERAPEUTA: Estoy pensando en cambiar de silla con usted.
CLIENTE: ¿Por qué?
TERAPEUTA: Porque creo que si estuviera sentada aquí, vería que sin importar lo intenso que fuera el dolor, lastimarse para obtener analgésicos no es una respuesta razonable. Es posible que tampoco el personal del hospital fuera razonable. Tal vez tendrían que haberle dado el analgésico. Pero no tenemos que saber que estaban equivocados para entender que lastimarse no fue la respuesta apropiada.
CLIENTE: No, no creo que fuera la respuesta apropiada.
TERAPEUTA: Bien. Entonces ahora debemos encontrar una forma de que no se presente esa respuesta, incluso si no recibe el analgésico. Hasta ahora, ha funcionado muy efectivamente como comunicación, y la única manera de detenerla es lograr que no funcione más. Por supuesto, sería bueno conseguir otras cosas que funcionen. Lo que usted argumentaría es, "Bueno, está bien, si no lo obtengo de esta forma, entonces debería obtenerlo de otra manera".
CLIENTE: ¡Lo intenté esa vez!
TERAPEUTA: Sí, sé que lo hizo, sé que lo hizo.
CLIENTE: Una señora que estaba al fondo del pasillo estaba recibiendo el tratamiento para su diabetes, y se sentía muy mal y le dieron sus analgésicos.
TERAPEUTA: Ahora no estamos en la misma longitud de onda en esta conversación.
CLIENTE: Sí, sí lo estamos. ¿En qué longitud de onda está usted?
TERAPEUTA: Estoy en la longitud de onda de que pudo ser razonable que recibiera el analgésico, y ciertamente entiendo que lo quisiera. Pero también digo que sin importar lo que pasara, lo que no queremos es que se cause daño. Usted está funcionando como si yo estuviera de acuerdo en que debió recibir el analgésico. Yo pienso que eso estuvo bien.
CLIENTE: Mmm.
TERAPEUTA: Usted está hablando de si ellos debieron darle o no el analgésico. Yo no estoy hablando de eso. Incluso si hubieran tenido que hacerlo, debemos averiguar cómo podría haberlo recibido sin tener que lastimarse.

Como lo ilustra el intercambio anterior, es común que un cliente con trastorno límite de la personalidad quiera permanecer enfocado en la crisis actual. Esto representa un desafío formidable para el terapeuta, quien necesariamente debe involucrarse en una danza bidireccional entre validar el dolor del cliente y presionar para conseguir el cambio conductual. Este segmento también ilustra que la validación no necesariamente implica estar de acuerdo. Aunque la terapeuta validó la percepción de la cliente de que la negativa de la enfermera de proporcionarle analgésicos pudo no ser razonable, se mantuvo firme en sostener que la respuesta de la cliente había sido inapropiada.

CLIENTE: Intenté hacer algunas de esas cosas de tolerancia del malestar, pero no funcionaron.
TERAPEUTA: Muy bien, no se preocupe. Encontraremos una manera. Quiero saber todo lo que intentó. Pero primero quiero estar segura de que tengo la imagen clara.

¿Los impulsos empezaron a formarse después del miércoles y luego empeoraron?
CLIENTE: Sí. Empezaron a crecer con el dolor.
TERAPEUTA: Con el dolor, muy bien. Pero también empezaron a crecer con la negativa continua a darle el analgésico. Entonces ¿usted pensó que si se lastimaba le darían el analgésico?
CLIENTE: Si, porque si no me escuchaban entonces tendría que mostrarles.
TERAPEUTA: Muy bien, entonces usted pensó, "Si no me escuchan, les voy a mostrar". ¿Y cuándo apareció la idea? ¿Fue el miércoles?
CLIENTE: Sí.
TERAPEUTA: Muy bien, vamos a averiguar una forma que le ayude a tolerar las cosas malas sin que tenga que lastimarse. Veamos ahora todas las cosas que intentó y luego tendremos que averiguar otras cosas porque estas no funcionaron. Entonces, ¿qué fue lo primero que intentó?

En esta coyuntura el análisis conductual seguía incompleto y normalmente habría sido prematuro pasar a la etapa del análisis de solución. Sin embargo, en opinión de la terapeuta, en este momento era más importante reforzar los intentos de la cliente de tolerar el malestar respondiendo a la comunicación de la cliente de que había intentado usar las habilidades conductuales.

CLIENTE: Pensé que si seguía siendo asertiva sobre eso se tomarían las medidas adecuadas.
TERAPEUTA: Muy bien, pero eso no funcionó. ¿Por qué no se lastimó entonces en ese momento?
CLIENTE: No quería hacerlo.
TERAPEUTA: ¿Por qué no lo quería?
CLIENTE: No quería empeorar las cosas.
TERAPEUTA: Entonces usted pensó en las ventajas y desventajas, ¿pensó que si lo empeoraba se sentiría peor?
CLIENTE: sí.

En la terapia dialéctica conductual, un aspecto del entrenamiento de habilidades subraya la utilidad de evaluar las ventajas y desventajas de tolerar el malestar como estrategia para sobrevivir a las crisis. En este punto la terapeuta empleó la estrategia dialéctica de convertir los limones en limonada dejando claro para la cliente la forma en que, en efecto, había utilizado las habilidades conductuales. En la siguiente respuesta note la forma en que la terapeuta reforzó de inmediato con elogios los esfuerzos de la cliente.

TERAPEUTA: Eso es pensar bien. Es cuando usted piensa en las ventajas y desventajas de hacerlo. Muy bien, de modo que en ese punto las ventajas de empeorar las cosas fueron superadas por las desventajas. Muy bien, muy buen trabajo. ¿Qué otra cosa intentó?

CLIENTE: Traté de hablar al respecto con otros clientes.
TERAPEUTA: ¿Y qué le dijeron?
CLIENTE: Dijeron que debería recibir los analgésicos.
TERAPEUTA : Correcto. ¿Pero le dijeron que debería cortarse o lastimarse si no se los daban?
CLIENTE: No. Y traté de sacar el dolor de mi mente escuchando música y usando mindfulness. Traté de leer y de hacer crucigramas.
TERAPEUTA: Mmm… ¿Alguna vez intentó la aceptación radical?
CLIENTE: ¿Qué es eso?
TERAPEUTA: Es algo así como soltar las cosas y aceptar el hecho de que no va a recibir el analgésico. Y usted sólo se rinde a la situación. Sólo acepta que eso no va a suceder, que tendrá que afrontarlo de otra forma.
CLIENTE: Eso fue lo que hice ayer. Necesitaba un poco de Ativan para poder venir, pero llegué.
TERAPEUTA: ¿Ayer?
CLIENTE: Sí, tomé una siesta. Cuando desperté básicamente me dije, "Hey, no van a cambiar, de modo que tendrás que lidiar con esto lo mejor que puedas".
TERAPEUTA: ¿Y le ayudó en algo la aceptación?
CLIENTE: Todavía estoy muy enojada por lo que creo que es discriminación en contra de las personalidades límite. Todavía estoy muy molesta por eso.
TERAPEUTA: Muy bien, eso está bien. Pero ¿le ayudó aceptar?
CLIENTE: Mmm…
TERAPEUTA: Eso es bueno. Es genial. Es una excelente habilidad, algo que debe practicarse. Cuando las cosas se ponen feas, cuando uno llegó de verdad al límite, cuando sucede lo peor que podría pasar, la habilidad que debe practicarse es la aceptación radical.
CLIENTE: Eso es alcohólicos anónimos.

Durante el análisis de la solución a menudo es necesario que el terapeuta facilite el proceso ayudando al cliente a hacer una "lluvia de ideas" o haciendo sugerencias directas para manejar futuras crisis. Aquí la terapeuta sugirió una solución que también se enseña en el módulo de entrenamiento de habilidades sobre la tolerancia a la angustia. La noción de la aceptación radical hace hincapié en la idea de que la aceptación del dolor es un requisito para terminar el sufrimiento emocional.

TERAPEUTA: Muy bien. Ahora regresemos a cómo se rindió al impulso. Porque de hecho usted dio la pelea hasta ese momento, ¿cierto? Muy bien, en su caso podemos suponer que sucedió algo más. Veamos entonces lo que sucedió el domingo para ver si ese día no se dio una situación interpersonal que la hiciera sentir criticada, no querida o inaceptable.
CLIENTE: Bien, el domingo me sentía muy molesta y asistí a una reunión de alcohólicos anónimos. Y me pasó por la cabeza si el alcohol podría ayudarme a escapar de mi

dolor. Estuve buscando una tienda abierta por todo el vecindario. Iba a embriagarme. Así de grande era la influencia del dolor. Pero no pude encontrar una tienda abierta, por lo que regresé al hospital.

TERAPEUTA: Entonces tuvo la idea de beber alcohol para aliviarlo, y como no pudo encontrarlo, regresó al hospital. Usted sentía mucho dolor, ¿y qué pasó luego?

CLIENTE: Le dije a la enfermera: "He estado sobria casi 10 años y este es el primer impulso de beber que he tenido; así de intenso es mi dolor". Y no me escucharon.

TERAPEUTA: ¿Entonces supuso que tendrían que haberlo hecho?

CLIENTE: Sí.

TERAPEUTA: Sí. Porque esa es una comunicación de alto nivel, es como una amenaza suicida. Aunque muy buena. Quiero que sepa que eso es mejor que una amenaza suicida porque significa que ha disminuido la gravedad de sus amenazas.

La respuesta anterior fue muy irreverente, ya que la mayoría de los clientes no esperarían que sus terapeutas vieran las amenazas como una señal de progreso terapéutico. La utilidad terapéutica de la irreverencia a menudo radica en su valor de "conmoción", lo que puede suavizar por cierto tiempo las creencias y suposiciones inadaptadas del cliente, y lograr que éste se abra a la posibilidad de otras soluciones.

CLIENTE: Y le dije cómo me sentía al respecto y lo que pensaba que podría hacer. Y ni así cedió.

TERAPEUTA: ¿Entonces, qué hizo? ¿Dijo que llamaría?

CLIENTE: Lo hizo, llamó.

TERAPEUTA: Muy bien, ¿y qué sucedió luego?

CLIENTE: Regresó, en realidad fue muy dulce y sólo dijo, "De verdad lo lamento, pero el médico dijo que no".

TERAPEUTA: ¿Entonces se sintió enojada?

CLIENTE: No sé si en realidad estaba enojada, pero dolía.

TERAPEUTA: ¿De verdad? Eso es muy interesante. Muy bien, entonces se sentía lastimada…

CLIENTE: Porque terminé abrazada a mi osito de peluche y lloré por un rato.

TERAPEUTA: ¿Antes o después de que decidiera lastimarse?

CLIENTE: Antes.

TERAPEUTA: Muy bien. Entonces no decidió de inmediato lastimarse. Lo estuvo pensando. ¿Cuándo decidió hacerlo?

CLIENTE: El sábado ya tarde.

TERAPEUTA: ¿Cuándo?

CLIENTE: Después de que me sentí enferma de tanto llorar.

TERAPEUTA: Entonces se tiró a la cama a llorar, sintiéndose desatendida y dolida, probablemente abandonada, odiosa, ¿cómo si no mereciera la ayuda?

CLIENTE: Sí.

TERAPEUTA: Esa es una respuesta realmente efectiva. Es lo que voy a tratar de

enseñarle. Excepto que ya lo hizo sin que se lo enseñara. Entonces, ¿cómo pasó de llorar, de sentirse no querida y desatendida, de los llantos y sollozos, ¿cómo pasó de ahí a decidir lastimarse en lugar de irse a dormir?

CLIENTE: Porque luego me enojé y me dije, "Al carajo con esto, le voy a enseñar"

TERAPEUTA: Entonces, ¿dejó de llorar antes de enojarse o el enojo fue lo que la hizo dejar de llorar?

CLIENTE: Creo que el enojo hizo que dejara de llorar.

TERAPEUTA: Entonces, parece que se sintió revitalizada. Debe haber estado rumiando mientras estaba acostada, pensando. ¿En qué pensaba?

CLIENTE: Durante mucho tiempo sólo deseaba que alguien viniera a cuidarme.

TERAPEUTA: Mmm. Son sentimientos perfectamente razonables. Tienen mucho sentido. Ahora bien, tal vez pudo hacer algo diferente. ¿Qué habría sucedido si le hubiera pedido a la enfermera que hablara con usted y sostuviera su mano?

Una meta general del análisis conductual es la construcción de una hoja de ruta de cómo llega el cliente a respuestas disfuncionales, con anotaciones de posibles rutas alternativas. Aquí la terapeuta buscaba en el mapa coyunturas en que la cliente encontrara posibles respuestas alternativas.

CLIENTE: Ellas no tienen el tiempo de hacer esas cosas.

TERAPEUTA: ¿No? ¿Cree que eso la habría ayudado?

CLIENTE: No lo sé. Ella no podía ayudarme.

TERAPEUTA: Ella podría haberla hecho sentir que le interesaba. Eso habría sido algo bueno.

CLIENTE: Si, pero no creo que me hubiera servido.

TERAPEUTA: ¿Qué podría haberla ayudado?

CLIENTE: Recibir los analgésicos.

TERAPEUTA: Pensé que diría eso. Esa es una idea fija. Ahora escuche, tenemos que encontrar otra cosa que le ayude porque no puede ser que nada más pueda servirle. Esa no puede ser la forma en que el mundo funcione para usted. Debe haber más de un camino de llegar a todas partes porque todos tropezamos con las piedras en el camino. La vida es como caminar por un sendero, usted sabe, y todos tropezamos con las piedras. Tiene que haber caminos a otros lugares. Y para usted, en realidad el problema no es el dolor de su tobillo, sino sentir que no es cuidada. Y probablemente un sentimiento que tiene algo que ver con el enojo, o la sensación de que los demás no la respetan, la sensación de ser invalidada.

CLIENTE: Sí.

TERAPEUTA: Entonces, creo que el problema en realidad no es el dolor de su tobillo. Porque si usted estuviera en la balsa conmigo, probablemente habría podido manejar el dolor si no tuviéramos medicinas, ¿correcto? Entonces en realidad no es el dolor; es la sensación de que es invalidada y de que no le interesa a nadie. Es lo que yo supongo. ¿Cree que esté en lo correcto?

CLIENTE: Sí.
TERAPEUTA: Veamos, la pregunta es si existe otra forma en que pueda sentirse validada y protegida, algo distinto a que cedan ante usted.
CLIENTE: No.
TERAPEUTA: Ahora bien, ¿se trata de algo definitivo, como "No voy a permitir que haya otra forma", o es algo más abierto, como "No puedo pensar en otra forma, pero estoy abierta a la posibilidad"?
CLIENTE: No creo que exista otra forma.
TERAPEUTA: ¿Significa eso que ni siquiera está abierta a aprender otra forma?
CLIENTE: ¿Como qué?
TERAPEUTA: No lo sé. Tenemos que averiguarlo. Veamos, lo que creo que está sucediendo es que cuando siente mucho dolor y siente que nadie se interesa por usted o que no la toman en serio, que es invalidada, eso la predispone a lastimarse y también a querer morir. El problema que tenemos que resolver es cómo estar en una situación que le parece injusta sin tener que causarse daño para resolverla. ¿Está abierta a eso?
CLIENTE: Si.

Como se ilustra aquí, el análisis conductual suele ser un proceso doloroso y laborioso para cliente y terapeuta por igual. El terapeuta a menudo se siente desmoralizado y tentado a abandonar el esfuerzo, lo que puede equipararse a tratar de encontrar un par de huellas ocultas debajo de capas de hojas caídas; las huellas están ahí, pero puede ser necesario rastrillar y recoger muchas hojas antes de descubrirlas. Sin embargo, con los análisis repetidos el cliente aprende que el terapeuta no va a retroceder. Esa persistencia de parte del terapeuta a la larga elimina la renuencia del cliente a intentar conductas nuevas y adaptadas de solución de problemas. A medida que los clientes adquieren nuevas habilidades conductuales, a la larga pueden distinguirse intentos más adaptados para resolver los problemas.

En la siguiente sesión (aproximadamente a los 10 meses de terapia), la cliente llegó otra vez con lentes de espejo y estaba enojada porque una colección de agencias de cobranza insistía en presionarla para que pagara cuentas morosas. Además, la terapeuta había salido de la ciudad durante una semana. Los objetivos de la sesión fueron la regulación de la emoción y la efectividad interpersonal. Se utilizaron las estrategias dialécticas (metáfora), validación (animación), solución de problemas (clarificación y manejo de contingencias), estilística (comunicación recíproca, comunicación irreverente), e integrada (mejoramiento de la relación). En este primer segmento la terapeuta usó la animación, aclaración de contingencias y la estrategia de manejo de contingencias de moldeamiento para lograr que la clienta se quitara los lentes de sol y trabajara en la expresión de su enojo.
TERAPEUTA: No es una catástrofe que el cobrador le hiciera eso y tampoco es una catástrofe estar enojada con el cobrador. Hace su vida mucho más difícil, pero usted puede manejarlo. Puede afrontarlo. Esto no es más de lo que usted puede afrontar. Es una mujer realmente fuerte, lo tiene en su interior. Pero tiene que hacerlo. Debe

acostumbrarse. Estoy dispuesta a ayudarla, pero no puedo hacerlo sola. Tiene que trabajar conmigo.
CLIENTE: ¿Cómo?
TERAPEUTA: Bueno, para empezar, quitándose los lentes de sol.

La terapeuta empezó el intercambio tratando de normalizar el problema ("No es una catástrofe"), validando a la cliente ("Hace su vida mucho más difícil"), y animándola ("Usted puede manejarlo. Puede afrontar… Es una mujer realmente fuerte"). Luego pasó a la aclaración de contingencias señalando que la ayuda de la terapeuta era contingente a la disposición de la cliente para trabajar. Después de esto solicitó una respuesta que estaba en el repertorio conductual de la cliente.

CLIENTE: Sabía que diría eso.
TERAPEUTA: Y yo sabía que usted diría eso.
CLIENTE: Me parece que los lentes de sol son lo que más la molestan.
TERAPEUTA: Bueno, ¿qué le parecería mirarse mientras habla con alguien? (*pausa larga*). Me hacen las cosas difíciles, y supongo que también para usted. Creo que le va mejor cuando no lleva esos lentes de sol. Es como un escalón, siempre le va mejor cuando sigue adelante. Y cuando lo hace se siente mejor. He notado eso (*pausa larga*). Entonces, eso es lo que debería hacer; debería quitarse los lentes de sol y luego deberíamos resolver el problema de cómo afrontar las cosas cuando se enoja. No hay nada raro en eso. Algo sucedió en su vida que ha hecho que tenga miedo de enojarse, y tenemos que lidiar con eso, usted y yo. Ese es el problema que debemos resolver. No es una catástrofe. No es la peor cosa que alguien hubiera hecho. Es sólo un problema que tiene y eso es lo que hacemos usted y yo. Resolvemos problemas; somos un equipo de solución de problemas. (*pausa*)
CLIENTE: (*Se quita los lentes de sol*). Muy bien.
TERAPEUTA: Gracias, sé que ese fue un gran paso para usted.

El uso que hizo la terapeuta de la comunicación recíproca informó a la cliente lo que sentía sobre los lentes de sol. Advierta la actitud objetiva adoptada por la terapeuta y su intento continuo de normalizar el problema (es decir, "No hay nada raro en eso… no es la peor cosa que alguien haya hecho"). Note también que la cuestión se enmarca como un problema que debe ser resuelto, así como el uso que hace la terapeuta de la estrategia de relación para mejorar la alianza terapéutica. La terapeuta también insistió en validar a la cliente dejándole saber que se daba cuenta de que era algo difícil.

TERAPEUTA: Ahora bien. quiero que lo encuentre en su interior. Sé que lo tiene; sé que puede hacerlo. No puede rendirse. No puede dejar que sus pies resbalen. Siga adelante.

Sólo dígame directamente cómo se siente. Que está enojada consigo misma, que está enojada con la agencia de cobranzas, y que está muy enojada conmigo. (*pausa larga*).

CLIENTE: (*apenas audible)* Estoy enojada con usted, conmigo misma y con la agencia de cobranzas.

La terapeuta continuó el uso de la animación y el elogio mientras seguía en el proceso de moldeamiento en un intento de lograr que la cliente expresara su enojo directamente.

TERAPEUTA: Bueno, ¿eso le duele? (*pausa larga*). ¿Es genial? ¿Es difícil? (*pausa larga*). ¿Lo fue o no lo fue? Ahora dígalo con un poco de energía. ¿No puede decirlo con un poco de energía?

CLIENTE: (*Lo niega con la cabeza*).

TERAPEUTA: Sí, puede hacerlo. Sé que lo lleva dentro. Tengo una buena sensación de cuáles son sus fortalezas. No sé de dónde saqué esta sensación, pero la tengo. Y sé que puede hacerlo y que necesita hacerlo, y necesita decirlo con cierta energía. Exprese lo enojada que está. No tiene que gritar ni chillar o lanzar cosas. Sólo diga en voz alta, "¡Estoy enojada!" (*pausa larga*). Puede gritar, por supuesto, si así lo desea, puede decir "¡Estoy enojada!"

CLIENTE: Eso es. Eso es todo lo que puedo hacer.

TERAPEUTA: Escuche, tiene que correr el riesgo. No va a superarlo si no corre el riesgo. Es como una persona que escala montañas y llegamos a esta grieta que es muy profunda, pero no podemos regresar porque hay una avalancha y la única forma de seguir adelante es que salte la grieta. Tiene que hacerlo. Dígame lo enojada que está de forma tal que entienda lo que en realidad siente.

CLIENTE: (*pausa larga*). No puedo hacerlo.

TERAPEUTA: Esas son pamplinas.

CLIENTE: Quiere que me enoje con usted, ¿verdad?

TERAPEUTA: No me interesa con quien se enoje. Me parece que ya está enojada, lo único que quiero es que lo exprese. Por cierto, hoy no voy a pedirle que haga otra cosa. Supongo que lo único que tiene que hacer hoy es decir, "Estoy enojada", con una voz que suene enojada; y creo que es capaz de hacerlo. Y podría enojarme si no lo hace. No creo hacerlo, pero podría. Eso está bien. Puedo estar enojada, usted puede estar enojada, en ocasiones podemos estar enojadas y eso no va a matarnos.

La animación y la metáfora no lograron hacer que la cliente expresara su enojo con más contundencia. En consecuencia, la terapeuta cambió a la comunicación irreverente en un intento de lograr que la cliente "cambiara de carril". Advierta también que la terapeuta comunicó a la cliente las posibles consecuencias negativas de su renuencia a expresar su enojo (es decir., "… podría enojarme…"). De este modo la terapeuta usó la relación como contingencia para fomentar el cambio en la cliente.

TERAPEUTA: Muy bien, ¿qué tan enojada se siente? En una escala de 1 a 100, ¿qué tan enojada diría que está? En 100 está lista para matar. Está tan furiosa que iría a la guerra si pudiera.

CLIENTE: (*apenas audible*) Quizá 100.

TERAPEUTA: ¿De verdad?
CLIENTE: Ellos conocen mi situación.
TERAPEUTA: Mmm…
CLIENTE: Son persistentes.
TERAPEUTA: Mmm (*pausa*). ¿Con quién es más seguro enojarse? ¿Con usted, conmigo o con la agencia de cobranza?
CLIENTE: La agencia de cobranza.
TERAPEUTA: Muy bien, entonces dígame qué tan enojada está. No me sonó como un 100. Trate de que suene como un 50.
CLIENTE: ¡De verdad me tocaron las narices! (*dicho en voz alta y enojada*).
TERAPEUTA: Bien, maldita sea. A mi también me tocaron las narices.

Como se ilustra en el intercambio anterior, una dificultad importante cuando se trabaja con clientes con el trastorno límite de la personalidad es su tendencia frecuente a negarse a participar en el trabajo conductual. Por consiguiente, es absolutamente necesario que el terapeuta persista y no se rinda ante las afirmaciones de "no puedo" del cliente. En situaciones como esa, el uso de la comunicación irreverente suele producir un avance y obtener la conformidad del cliente.

POSTVENCIÓN DE LINEHAN

Después de terminar de escribir la historia de caso de Cindy para su publicación en este *Manual*, luego de 14 meses de terapia, Cindy murió por sobredosis por la combinación de un medicamento prescrito con alcohol. Yo (M. M. L.) consideré abandonar la historia de este caso y reemplazarla por otra más exitosa. Sin embargo, en honor de Cindy, y porque creo que puede aprenderse mucho tanto de los éxitos como de los fracasos en la terapia, decidí dejar el caso. El precipitante inmediato para la sobredosis de Cindy fue una llamada a su ex marido en que descubrió que vivía con otra mujer. Como Cindy me dijo en una llamada telefónica la mañana siguiente, su esperanza no verbalizada de que algún día pudieran volver a estar juntos, o por lo menos ser buenos amigos, había sido hecha añicos. Esa tarde volvió a llamar hecha un mar de lágrimas y me dijo que acababa de beber media botella de licor. Esos incidentes de ebriedad habían ocurrido varias veces antes, y durante la llamada telefónica intenté "levantarle la moral", ofrecerle esperanza, resolver el problema de cómo podría vivir sin su marido y utilicé técnicas de intervención en crisis para ayudarla a pasar la noche hasta su cita el siguiente día. La compañera de Cindy estaba en casa y aceptó hablar con ella, ver una película juntas e irse a la cama (planes que la compañera cumplió). Cindy dijo que aunque se sentía suicida, dejaría de beber y no haría nada autodestructivo antes de su cita. Le indiqué que me llamara más tarde si quería hablar de nuevo. El siguiente día, cuando Cindy no llegó a su cita llamé a su casa, justo cuando su compañera la descubrió muerta, todavía en cama desde la noche anterior. En ese punto, me enfrenté a una serie de tareas. Llamé para informar a otros terapeutas que la habían tratado y hablé con un asesor legal para revisar los límites de confidencialidad cuando ha muerto un cliente. Una vez que se avisó a la familia (los padres y el ex-marido de Cindy), los llamé para ofrecerles mis condolencias. El siguiente día, como la terapeuta de más experiencia y supervisora del equipo de tratamiento, llamé a una reunión para discutir y procesar el suicidio. Fue especialmente importante notificar a los terapeutas individuales de los miembros restantes del grupo de entrenamiento de habilidades de Cindy. Los miembros del grupo fueron notificados del suicidio por sus psicoterapeutas individuales. Sin embargo, al cabo de unos minutos del inicio de la siguiente sesión grupal, dos miembros se tornaron gravemente suicidas y uno de ellos tuvo que ser brevemente hospitalizado. (Sin embargo, para la tercera semana después del suicidio ambos habían recuperado su impulso para avanzar). Un tercer miembro del grupo aprovechó esta ocasión para dejar la terapia dialéctica conductual diciendo que esto demostraba que el tratamiento no funcionaba. En los días y semanas que siguieron al suicidio, asistí al funeral y conocí a la compañera de Cindy y a sus padres.

¿Qué podemos aprender de este suicidio? Primero, es importante notar que incluso cuando un protocolo de tratamiento se sigue casi al pie de la letra, es posible que no salve a un cliente. Incluso un tratamiento efectivo puede fallar al final. En este caso, falló la terapia dialéctica conductual. Esto no significa que el progreso logrado no fuera importante o real. Es posible que de haber negociado de forma segura este "punto resbaladizo sobre el abismo", la cliente hubiera sido capaz de desarrollar, finalmente, una

vida de calidad. Sin embargo, el riesgo no es eliminado sólo porque un individuo haga un progreso importante. En este caso, no creí durante la última llamada telefónica que el riesgo de suicidio inminente de la cliente fuera mayor a lo común. En contraste con muchas llamadas anteriores y sesiones de terapia en que la cliente había gritado que no podía soportarlo, en la última llamada la cliente hizo planes para la noche, aceptó dejar de beber y no hacer nada suicida o autodestructivo, y me pareció (igual que a su compañera) que su ánimo había mejorado después de la llamada. Su compañera estaba en casa y disponible. Por lo que esa tarde no tomé medidas extraordinarias para evitar el suicidio. De hecho, la conducta problemática en que me concentré durante la llamada fue la bebida. Saqué el tema del suicidio mientras realizaba una evaluación de riesgo.

Segundo, ¿podría haberlo sabido? Sólo (quizá) si hubiera prestado más atención al precipitante y menos al afecto expresado al final de la llamada. Al revisar las notas sobre la cliente, vi que cada episodio previo de conducta autolesiva no letal era resultado de un enojo intenso hacia su marido. Cada intento no letal anterior fue resultado de la creencia de la cliente de que la relación con su esposo había terminado irrevocablemente. Aunque la cliente podía tolerar perder a su esposo, no podía tolerar perder toda esperanza de reconciliación en algún momento, incluso muchos años después. De haber relacionado esas dos ideas (pérdida completa de esperanza e intento suicida), tal vez habría podido diseñar un plan mejor para un resurgimiento de la crisis más tarde por la noche. Definitivamente pude haber manejado la situación de manera diferente, Podría haber dicho, “Bueno, esa mujer es obviamente una fulana, encontraremos la forma de hacer que él regrese. ¡Estoy segura de eso!” Este caso destaca la importancia de conducir evaluaciones conductuales rigurosas y de organizarlas en un patrón coherente. En este sentido, conduje la terapia dialéctica conductual casi al pie de la letra, pero no todo el camino.

Tercero, cuando todo ha sido dicho y hecho, un individuo con trastorno límite de la personalidad debe en última instancia ser capaz y estar dispuesto a tolerar el dolor casi inimaginable de su vida hasta que la terapia tenga la oportunidad de producir una diferencia permanente. Al final, el terapeuta no puede salvar al cliente, sólo el cliente puede hacerlo. Incluso si se cometen errores, el cliente debe perseverar. En este caso, se violó el protocolo de la terapia dialéctica conductual de “no dar fármacos letales a personas letales”, aun cuando la cliente tenía una historia de sobredosis que casi le habían costado la vida. ¿Por qué no se cumplió el protocolo? Hubo dos razones principales. Primero, la cliente llegó a la terapia con la fuerte convicción de que el régimen de medicamentos en que estaba era esencial para su supervivencia. Cualquier intento de mi parte de manejar sus medicamentos se habría topado con una muy fuerte resistencia. Aunque los medicamentos se entregaban en pequeñas dosis, la única alternativa segura habría sido conseguir que la persona que vivía con ella (al principio el esposo, luego su compañera) manejaran sus medicamentos, algo a lo que la cliente también se resistía. Además, algunos profesionales no están de acuerdo con el protocolo de “no dar fármacos letales” de la terapia dialéctica conductual porque creen que los medicamentos psicotrópicos son el tratamiento de elección para los clientes suicidas.

Cedí ante la resistencia de esos profesionales y de la cliente. La segunda razón fue que el análisis conductual indicó que su conducta letal favorita era cortarse; así, me permití tener la falsa sensación de seguridad de pensar que no era probable que usara los medicamentos para cometer suicidio.

Cuarto, el suicidio del integrante de un grupo es extraordinariamente estresante para los clientes con trastorno límite de la personalidad que reciben terapia de grupo. Aunque es fácil creer que las alianzas no son fuertes en un grupo psicoeducativo de habilidades conductuales, esta no ha sido nuestra experiencia universal. El suicidio de un miembro es un hecho catastrófico y puede conducir a un contagio suicida y de conductas autolesivas no suicidas, y al abandono de la terapia. Por lo tanto, es necesario tener un cuidado extremo al conducir las reuniones de grupo durante cierto tiempo después de un suicidio. Con el equipo de tratamiento se necesita un cuidado similar, ya que el hilo de esperanza que mantiene a los terapeutas ante una tarea abrumadora también se ve tensado. Es importante compartir y aceptar las reacciones personales de los terapeutas, así como un período de luto y duelo. Los temores de responsabilidades legales, que nunca están lejos de la superficie, deben ser enfrentados directamente y debe buscarse consejo legal según sea necesario; al paso del tiempo debe hacerse una revisión cuidadosa el caso y la terapia, aunque sólo sea para mejorar el tratamiento en el futuro.

AGRADECIMIENTOS

La redacción de este capítulo fue apoyada por la subvención No. MH34486 del Instituto Nacional de la Salud Mental para Marsha M. Linehan. Partes de este capítulo fueron tomadas de Linehan (1993b), Linehan y Koerner (1992), Koerner y Linehan (1992) y Linehan (1997). Las citas de Linehan (1997) en la sección sobre validación fueron reproducidas con autorización de la American Psychological Association. Por último, este capítulo es una revisión del mismo capítulo en la edición anterior de este libro, con contribuciones hechas por los autores anteriores Bryan M. Cochran, Constance A. Kehrer y Liz Dexter Mazza.

REFERENCIAS

Adler, G. (1981). The borderline–narcissistic personality disorder continuum. *American Journal of Psychiatry, 138*, 46–50.

Adler, G. (1993). The psychotherapy of core borderline psychopathology. *American Journal of Psychotherapy, 47*, 194–206.

Adler, G., & Buie, D. H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child development issues. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 60*, 83–96.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., text rev.).Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry, 14*, 249–256.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205–230.

Barnoski, R. (2002). *Preliminary findings for the Juvenile Rehabilitation Administration's Dialectic Behavior Therapy Program* (Document No. 02-07-1203). Olympia: Washington State Institute for Public Policy.

Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1563–1569.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry, 158*, 36–42.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders, 18*, 36–51.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). Eight-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry, 165(5)*, 631–638.

Bateman, A., & Fonagy, P (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166*(12), 1355–1364.

Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry, 147*, 190–195.

Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.

Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2012). Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(1), 66–77.

Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Blum, N., Pfohl, B., St. John, D., Monahan, P., & Black, D. W. (2002). STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry, 43*, 301–310.

Blum, N., John, D. S., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., et al. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry, 165*(4), 468–478.

Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., et al. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research*

and Therapy, 42, 487–499.
Bohus, M., Limberger, M. F., Chapman, A. L., Kuhler, T., Stieglitz, R., & Frank, U. (2007). Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology, 40*, 126–132.
Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T., & Stieglitz, R. D. (2001). Development of the borderline symptom list. *Psychotherapies, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 51*, 201–211.
Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., et al. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 82*(4), 221–233.
Bos, E. H., van Wel, E. B., Appelo, M. T., & Verbraak, M. J. (2010). A randomized controlled trial of a Dutch version of systems training for emotional predictability and problem solving for borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 198*(4), 299–304.
Bos, E. H., van Wel, E. B., Appelo, M. T., & Verbraak, M.J. (2011). Effectiveness of Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality problems in a "real-world" sample: Moderation by diagnosis or severity? *Psychotherapy and Psychosomatics, 80*, 173–181.
Bradley, R. G., & Follingstad, D. (2003).Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress, 16(*4), 337–340.
Bradley, R., Zittel, C. C., & Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 1006–1019.
Brent, D. A., Johnson, B. A., Perper, J., Connolly, J., Bridge, J., Bartle, S., et al. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 1080–1086.
Brown, G. K., Newman, C. F., Charlesworth, S. E., CritsChristoph, P., & Beck, A. T. (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 18*, 257–271.
Buie, D. H., & Adler, G. (1982). Definitive treatment of the borderline personality. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 9*, 51–87.
Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M., & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: A randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*, 162–173.
Cavanaugh, M. M., Solomon, P. L., & Gelles, R. J. (2011). The dialectical psychoeducational workshop (DPEW) for males at risk for intimate partner violence: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Experimental Criminology, 7*(3), 275–291.
Chesin, M. S., Jeglic, E. L., & Stanley, B. (2010). Pathways to high-lethality suicide attempts in individuals with borderline personality disorder. *Archives of Suicide Research, 14*, 342–362.
Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*, 68–82.
Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry, 164*, 922–928.
Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry, 162*(5), 867–875.
Cottraux, J., Note, I. D., Milliery, M., Genouihlac, V., Yao, S.N., Note, B., et al. (2009). Cognitive therapy versus Rogerian supportive therapy in borderline personality disorder. *Psychotheray and Psychosomatics, 78*, 307–316.
Courbasson, C., Nishikawa, Y., & Dixon, L. (2012). Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 19*(5), 434–449.
Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin, 135*, 495–510.
Davison, G. C., & Neale, J. M. (1994). *Abnormal psychology* (6th ed.). New York: Wiley.
Dimeff, L. A., McDavid, J., & Linehan, M. M. (1999). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: A review of the literature and recommendations for treatment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 6*, 113–138.
Doering, S., Horz, .S, Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., et al. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder:

Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 196*, 389–395.
Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational– emotive approach*. New York: Julian Press.
Etkin, A., & Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: A meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1476–1488.
Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M., & Watson, A. (2003). Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: A pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health, 13*(3), 198–213.
Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*, 317–328.
Feigenbaum, J. D., Fonagy, P., Pilling, S., Jones, A., Wildgoose, A., & Bebbington, P. E. (2012). A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *British Journal of Clinical Psychology, 51*(2), 121–141.
Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., & Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 47* (4), 316–321.
Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20–35.
Fossati, A., Madeddu, F., & Maffei, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: A metaanalytic study. *Journal of Personality Disorders, 13*, 268–280.
Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs. transferencefocused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 63*, 649–658.
Goldberg, C. (1980). The utilization and limitations of paradoxical intervention in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 30*, 287–297.
Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(2), 136–143.
Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: A 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 1068–1075.
Harned, M. S., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 167*(10), 1210–1217.
Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M.M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 381–386.
Herman, J. L. (1986). Histories of violence in an outpatient population: An exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry, 56*, 137–141.
Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 146*, 490–495.
Hill, D. M., Craighead, L. W., & Safer, D. L. (2011). Appetitefocused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: A preliminary trial. *International Journal of Eating Disorders, 44*(3), 249–261.
Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., et al. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 49*(3), 175–185.
Hollandsworth, J. G. (1990). *The physiology of psychological disorders*. New York: Plenum Press.
Isometsa, E. T., Henriksson, M. M., Aro, H. M., Heikkinen, M. E., Kuoppasalmi, K. I., & Lonnqvist, J. K. (1994). Suicide in major depression. *American Journal of Psychiatry, 151*, 530–536.
Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004) Feasibility of dialectical behavior therapy for

suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 276–282.

Kegan, R. (1982). *The evolving self: Problem and process in human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 445–458.

Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.

Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books.

Keuthen, N. J., Rothbaum, B. O, Fama, J., Altenburger, E., Falkenstein, M. J., Sprich, S. E., et al. (2012). DBT-enhanced cognitive-behavioral treatment for trichotillomania: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Addictions, 1*(3), 106–114.

Kleindienst, N., Krumm, B., & Bohus M. (2011). Is transference-focused psychotherapy really efficacious for borderline personality disorder? *British Journal of Psychiatry, 98(2)*, 156–157.

Koerner, K., & Linehan, M. M. (1992). Integrative therapy for borderline personality disorder: Dialectical behavior therapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 433–459). New York: Basic Books.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functioned analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.

Koons, C. R., Chapman, A. L., Betts, B. B., O'Rourke, B., Morse, N., & Robins, C. J. (2006). Dialectical behavior therapy adapted for the vocational rehabilitation of significantly disabled mentally ill adults. *Cognitive and Behavioral Practice, 13*, 146–156.

Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., et al. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 32*, 371–390.

Kring, A. M., & Bachorowski, J. A. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition and Emotion, 13*, 575–599.

Kring, A. M. & Sloan, D. M. (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press.

Kring, A. M. & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 359–408). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Kyokai, B. D. (1966). *The teachings of Buddha*. Japan: Bukkyo Dendo Kyokai.

Lequesne, E. R., & Hersh, R. G. (2004). Disclosure of a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice, 10*, 170–176.

Levy, K. N., & Scala, J. W. (2012). Transference, transference interpretations, and transference-focused psychotherapies. *Psychotherapy, 49*(3), 391–403.

Lieb, K., Völlm, B., Rücker, G., Timmer, A., & Stoffers, J. M. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane Systematic Review of randomised trials. *British Journal of Psychiatry, 196*, 4–12.

Lieb, K., Zanarini, M., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Seminar section: Borderline personality disorder. *Lancet, 364*, 453–461.

Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic, 51*, 261–276.

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (1997). Validation and psychotherapy. In A. Bohank & L. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 353–392). Washington, DC: American Psychological Association.

Linehan, M. M. (in press). *Skills training manual for treating borderline personality disorder* (2nd ed.). New

York: Guilford Press.
Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 48*, 1060–1064.
Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 581–605). New York: Guilford Press.
Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized trial + follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 63*, 757–766.
Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K., Shaw-Welch, S., Heagerty, P., et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence, 67*, 13–26.
Linehan, M. M., & Heard, H. L. (1993). Impact of treatment accessibility on clinical course of parasuicidal patients: In reply to R. E. Hoffman [Letter to the editor]. *Archives of General Psychiatry, 50*, 157–158.
Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 50*, 971–974.
Linehan, M. M., & Koerner, K. (1992). A behavioral theory of borderline personality disorder. In J. Paris (Ed.), *Borderline personality disorder: Etiology and treatment* (pp. 103–121). Washington, DC: American Psychiatric Association.
Linehan, M. M., McDavid, J. D., Brown, M. Z., Sayrs, J. H., & Gallop, R. J. (2008). Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: A double-blind, placebo-controlled pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(6), 999–1005.
Linehan, M. M., Rizvi, S. L., Shaw-Welch, S., & Page, B. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Personality disorders. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *International handbook of suicide and attempted suicide* (147–178). Sussex, UK: Wiley.
Linehan, M. M., Schmidt, H., III, Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal of Addiction, 8*, 279–292.
Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry, 151*, 1771–1776.
Livesley, J. W., Jang, K. L., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 55* , 941–948.
Loranger, A. W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE) manual*. White Plains, NY: Cornell Medical Center.
Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L., & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22*, 131–143.
Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 11*, 33–45.
Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
McDonell, M. G., Tarantino, J., Dubose, A. P., Matestic, P., Steinmetz, K., Galbreath, H., et al. (2010). A pilot evaluation of dialectical behavioural therapy in adolescent longterm inpatient care. *Child and Adolescent Mental Health, 15*(4),193–196.
McMain, S., Korman, L. M., & Dimeff, L. A. (2001). Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation. *Journal of Clinical Psychology, 57*(2), 183– 196.
McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., et al. (2009). A randomized clinical trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166*, 1365–1374.
Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 17–29.

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1281–1310.

Merriam-Webster, Inc. (2006). Merriam-Webster online dictionary. Available online at www.m-w.com.

Merriam-Webster's New Universal Unabridged Dictionary. (1983). Cleveland, OH: Dorset & Baber.

Mintz, R. S. (1968). Psychotherapy of the suicidal patient. In H. L. P. Resnick (Ed.), *Suicidal behaviors: Diagnoses and management* (pp. 271–296). Boston: Little, Brown.

Nadort, M., Arntz, A., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., et al. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 961–973.

Neacsiu, A. D., Eberle, J. E., Kramer, R., Weismann, T., & Linehan, M. M. (2013). *A treatment mechanism for emotion dysregulation across mood and anxiety disorders: A randomized controlled trial*. Manuscript under review.

Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 48*(9), 832–839.

Nisenbaum, R., Links, P. S., Eynan, R., & Heisel, M. J. (2010). Variability and predictors of negative mood intensity in patients with borderline personality disorder and recurrent suicidal behavior: Multilevel analyses applied to experience sampling methodology. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(2), 433–439.

Nose, M., Cipriani, A., Biancosino, B., Grassi, L., & Barbui, C. (2006). Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: Meta-analysis of randomized controlled trials. *International Clinical Psychopharmacology, 21*, 345–353.

Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal, 172*, 1579–1583.

Peng, K., & Nisbett, R. E. (1999). Culture, dialectics, and reasoning about contradiction. *American Psychologist, 54*, 741–754.

Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., MacLane, C., Gallop, R., & Iverson, K. M. (2012). Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(6), 982–984.

Pretzer, J. (1990). Borderline personality disorder. In A. Freeman, L. Pretzer, B. Fleming, & K. M. Simon (Eds.), *Clinical applications of cognitive therapy* (pp. 181–202). New York: Plenum Press.

Rakfeldt, J. (2005). Dialectical behavior therapy with transitional youth: Preliminary findings. *Best Practices in Mental Health, 1*(2), 61–76.

Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and LifeThreatening Behavior, 32*, 146–157.

Reiser, D. E., & Levenson, H. (1984). Abuses of the borderline diagnosis: A clinical problem with teaching opportunities. *American Journal of Psychiatry, 141*, 1528–1532.

Roepke, S., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Jacob, G., Dams, A., Vater, A., et al. (2011). Dialectic behavioural therapy has an impact on self-concept clarity and facets of selfesteem in women with borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18*(2), 148–158.

Safer, D., Robinson, A., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy, 41*, 106–120.

Safer, D. L., & Joyce, E. E. (2011). Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? *Behaviour Research and Therapy,49*(5), 339–345.

Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 158*, 632–634.

Salbach-Andrae, H., Bohnekamp, I., Bierbaum, T., Schneider, N., Thurn, C., Stiglmayr, C., et al. (2009). Dialektisch behaviorale therapie (DBT) und kognitiv behaviorale therapie (CBT) für Jugendliche mit Anorexia und Bulimia nervosa im Vergleich [Dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy for anorexia and bulimia nervosa among adolescents: A randomized, controlled trial with a waiting control group]. *Kindheit und Entwicklung* [*Childhood and Development*], *18*(3), 180–190.

Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1992). Patient–therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 23*, 730–741.

Siever, L. J., & Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1647–1658.
Silk, K. R., Lee, S., Hill, E. M., & Lohr, N. E. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1059–1064.
Simpson, J. A., & Weiner, E. S. (1989). *Oxford English Dictionary* (2nd ed.) [Online]. Retrieved December 17, 2000, from www.oed.com.
Soler, J., Pascual, J. C., Campins, J., Barrachina, J., Puigdemont, D., Alvarez, E., et al. (2005). Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 162*(6), 1221–1224. Erratum in *American Journal of Psychiatry, 165*(6), 777.
Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebria, A., Barrachina, J., Campins, M. J., et al. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 353–358.
Soloff, P. H., & Chiapetta, L. (2012). Subtyping borderline personality disorder by suicidal behavior. *Journal of Personality Disorders, 26*(3), 468–480.
Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 151*, 1316–1323.
Stein, D. J., Simeon, D., Frenkel, M., Islam, M. N., & Hollander, E. (1995). An open trial of valproate in borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 56*, 506–510.
Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder: A promising new treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 1061–1065.
Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2006). Negative mood regulation (NMR) expectancies, mood, and affect intensity among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviors, 31*(5), 811–820.
Trupin, E. W., Stewart, D. G., Beach, B., & Boesky, L. (2002). Effectiveness of a dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. *Child and Adolescent Mental Health, 7*(3), 121–127.
Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavioral therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*, 413–419.
van Asselt, D. I., Dirksen, C. D., Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., et al. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: Cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *British Journal of Psychiatry, 192*, 450–457.
Van den Bosch, L., Verheul, R., Schippers, G. M., & van den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors, 2*, 911–923.
Van Dijk, S., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 145*(3), 386–393.
Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry, 182*, 135–140.
Waltz, J., Dimeff, L. A., Koerner, K., Linehan, M. M., Taylor, L., & Miller, C. (2009). Feasibility of using video to teach a dialectical behavior therapy skill to clients with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(2), 214–222.
Wasser, T., Tyler, R., McIlhaney, K., Taplin, R., & Henderson, L. (2008). Effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) versus standard therapeutic milieu (STM) in a cohort of adolescents receiving residential treatment. *Best Practices in Mental Health, 4*(2), 114–125.
Weinberg, I., Gunderson, J. G., Hennen, J., & Cutter, C. J., Jr. (2006). Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. *Journal of Personality Disorders, 20*, 482–492.
Wells, H. (1972). Alienation and dialectical logic. *Kansas Journal of Sociology, 3*, 7–32.
Whitaker, C. A. (1975). Psychotherapy of the absurd: With a special emphasis on the psychotherapy of aggression. *Family Process, 14*, 1–16.
Wolf, M., Ebner-Priemer, U., Schramm, E., Domsalla, M., Hautzinger, M., & Bohus, M. (2011). Maximizing skills acquisition in dialectical behavioral therapy with a CDROM-based self-help program: Results from a pilot study. *Psychopathology, 44*(2), 133–135.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press. Zanarini, M. C. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): A continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders, 17*, 233–242.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Parachini, E. A. (2004). A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine–fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 903–907.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Sickel, A. E., & Yong, L. (1996). *The Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders*. Belmont, MA: McLean Hospital, Laboratory for the Study of Adult Development.

Zanarini, M. C., Vujanovic, A., Parachini, E., Boulanger, J., Frankenburg, F., & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 17*, 568–573.

La meta de este texto es presentar tratamientos psicológicos creativos, importantes y con soporte empírico. En este capítulo sobre trastorno bipolar David J. Miklowitz presenta un enfoque innovador llamado tratamiento centrado en la familia (TCF) cuya eficacia está apoyada por evidencia considerable. Este interesante enfoque, con base en años de investigación sistemática sobre los factores psicológicos que contribuyen al inicio y mantenimiento del trastorno bipolar, se concentra en los factores psicológicos relacionados con el trastorno y asociados con un pobre resultado (p. ej., psicoeducación apropiada, entrenamiento de habilidades para mejorar la comunicación y entrenamiento de habilidades para la solución de problemas). En este capítulo, y muy en especial en el estudio de caso, se ilustra también la conexión esencial entre las aproximaciones psicológicas y farmacológicas en el tratamiento exitoso de esta forma grave de psicopatología. D.H.B.

El trastorno bipolar es uno de los trastornos psiquiátricos cuyo reconocimiento es más antiguo y más confiable. Lo que se sabe de este trastorno ha evolucionado a lo largo de los últimos cien años, pero las descripciones originales (Kraepelin, 1921) de la "demencia maniaco-depresiva" se asemejan mucho a las conceptualizaciones actuales. Este capítulo empieza con la revisión de la información básica sobre el trastorno, su diagnóstico, su curso longitudinal y el tratamiento farmacológico. Esta información sobre la enfermedad es interesante por derecho propio, pero también ofrece la lógica para el uso de tratamientos psicosociales como complemento de la farmacoterapia. La mayor parte del capítulo describe el tratamiento centrado en la familia (TCF), un tratamiento psicosocial ambulatorio, enfocado y de tiempo limitado integrado por tres módulos interrelacionados: psicoeducación, entrenamiento de habilidades para mejorar la comunicación (EHMC) y entrenamiento de habilidades para la solución de problemas (Miklowitz, 2008b; Miklowitz y Goldstein, 1997). Dicho tratamiento fue diseñado para pacientes que

tuvieron un episodio reciente de manía o depresión.

Criterios del DSM-5

La característica central del trastorno bipolar es la desregulación afectiva extrema, o estados de ánimo que oscilan de extremadamente bajos (depresión) a extremadamente altos (manía). Los pacientes en un episodio maniaco presentan, por lo general por más de una semana, un estado de ánimo eufórico, elevado o irritable; activación conductual (p. ej., mayor actividad dirigida a metas, participación excesiva en actividades de alto riesgo, menor necesidad de sueño, incremento en la locuacidad o presión para mantener la conversación), así como un funcionamiento cognitivo alterado (delirios de grandiosidad o autoestima exagerada, fuga de ideas o aumento en la velocidad del pensamiento, tendencia a la distracción). Para diagnosticar un episodio maniaco debe existir evidencia de alteraciones en el funcionamiento psicosocial de la persona (marital, ocupacional o social), de la necesidad de hospitalización o de la presencia de rasgos psicóticos (p. ej., delirios de grandiosidad; consulte la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* [DSM-5; American Psychiatric Association, 2013]).

Un paciente en un estado hipomaniaco presenta muchos de esos síntomas, pero la duración suele ser más breve (cuatro días o más). Los síntomas hipomaniacos no provocan un deterioro severo en el funcionamiento social u ocupacional ni se asocian con la necesidad de hospitalización o con psicosis. Sin embargo, los síntomas deben reflejar un cambio real en la conducta habitual de la persona que sea evidente para otros. Para los clínicos es difícil hacer una distinción confiable entre manía e hipomanía, que en realidad es más de grado que de tipo de enfermedad. Dado que estos pacientes sólo suelen ver cosas buenas en su conducta, es común que subestimen el grado en que la activación conductual afecta su funcionamiento. Este capítulo aborda también el valor de incluir a personas allegadas (p. ej., padres, cónyuges o parejas y hermanos) en la evaluación y tratamiento de los pacientes.

En las ediciones previas del DSM los pacientes podían recibir un diagnóstico del trastorno bipolar I con base en un solo episodio "mixto" en que se cumplen los criterios de un episodio de depresión mayor y un episodio maniaco casi todos los días durante una o más semanas. Esta definición causó mucha confusión entre los clínicos, quienes pueden ignorar el requisito de que los episodios de ambos polos sean sindrómicos y de usar la designación mixta para describir a pacientes que presentan de manera concurrente diversos síntomas subsindrómicos de depresión e hipomanía o manía (Frank, 2011). Un estudio de población a gran escala encontró que la "hipomanía mixta" es particularmente común entre mujeres con trastorno bipolar I o II (Suppes *et al.,* 2005). Esas consideraciones son relevantes tanto para el diagnóstico como para el pronóstico. Los pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) con dos o más síntomas maniacos concurrentes se asemejan más a los pacientes con la depresión bipolar que a quienes presentan el trastorno depresivo mayor sin síntomas maniacos en características como edad de inicio, historia familiar del trastorno bipolar, deterioro funcional, intentos suicidas y conversión a largo plazo al trastorno bipolar I (p. ej., Sato, Bottlender, Shröter y

Möller, 2003; Fiedorowicz *et al.,* 2011).

En el DSM-5 los criterios del episodio mixto son un especificador mucho más amplio del curso de episodios maniacos, depresivos o hipomaniacos. El especificador **con rasgos mixtos** se aplica cuando se presentan tres o más síntomas subumbral del polo opuesto en un episodio del estado de ánimo. Sin embargo, existen preguntas no resueltas acerca de las implicaciones de esta definición para el tratamiento, por ejemplo, si la depresión con síntomas mixtos subumbral deben tratarse con una combinación de estabilizadores del estado de ánimo y antidepresivos (First, 2010).

El DSM-5 procede con el diagnóstico del trastorno bipolar de manera un tanto distinta a lo que hacían los sistemas anteriores del DSM. Primero, el encargado del diagnóstico determina si el paciente satisface los criterios transversales de un episodio maniaco; de ser así se aplica el diagnóstico del trastorno bipolar I. Si el paciente cumple en ese momento los criterios del DSM-5 para un episodio depresivo mayor, sólo se le diagnostica trastorno bipolar si existe una historia previa de episodios maniacos, mixtos o hipomaniacos; de otro modo, es probable que se diagnostique trastorno depresivo mayor u otro trastorno del estado de ánimo, como trastorno depresivo persistente. Si el paciente se encuentra en remisión, debe existir evidencia de episodios maniacos o mixtos previos. Una implicación de este complicado conjunto de reglas diagnósticas es que basta un solo episodio maniaco (y en el DSM-IV un solo episodio mixto), incluso en ausencia de depresión documentable, para justificar el diagnóstico bipolar I. La palabra clave es "documentable", ya que con frecuencia los pacientes reportan menos historias depresivas de las que han presentado y que sólo las revelan en un interrogatorio cuidadoso.

¿Cómo ha cambiado el diagnóstico del trastorno bipolar?

Cada versión del DSM ha dado lugar a cambios en la concepción del trastorno bipolar y es probable que estas modificaciones se sigan dando en las nuevas ediciones. Un área de controversia continua fue la propuesta de emplear criterios separados para el inicio de la enfermedad bipolar en la niñez y la adolescencia. Muchos episodios hipomaniacos entre los niños parecen ser más cortos que los observados en los adultos, con más cambios de polaridad y estados mixtos subumbral más largos (Birmaher *et al.,* 2009). Previamente, el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) utilizaba los mismos criterios para diagnosticar manía en adultos y niños, a pesar de las claras diferencias de la presentación relacionadas con el desarrollo (Leibenluft, Charney, Towbin, Bhangoo y Pine, 2003). Sin embargo, el DSM-5 incluye una nueva categoría, trastorno disruptivo de disregulación del estado de ánimo, para caracterizar a los niños que exhiben rabietas frecuentes e irritabilidad persistente. Los investigadores que propusieron esta categoría creen que reducirá los falsos positivos en el diagnóstico de trastorno bipolar en niños (p. ej., Leibenluft, 2011), aunque no todos concuerdan con este nuevo trastorno (p. ej., Axelson, Birmaher, Findling *et al.,* 2011).

El DSM-5 distingue entre los trastornos bipolares I y II. En el primero, los pacientes tienen episodios maniacos sindrómicos completos, mientras que en el trastorno bipolar II, los pacientes deben haber tenido por lo menos un episodio de depresión mayor y un

episodio hipomaniaco (en este capítulo, el término "trastorno bipolar" se refiere al trastorno bipolar I o al trastorno bipolar II, según la definición del DSM-5, a menos que se especifique de otra manera). El DSM-5 también incluye un descriptor del curso, **ciclos rápidos**, que parece caracterizar a entre 13 y 20% de los pacientes (Calabrese, Fatemi, Kujawa y Woyshville, 1996). Se habla de ciclos rápidos cuando los pacientes han tenido en un solo año cuatro o más episodios separados de depresión mayor, manía o hipomanía. La confusión para la aplicación de este descriptor del curso radica en el hecho de que es difícil saber cuándo ha terminado un episodio e iniciado otro: si un paciente pasa rápidamente de la manía a la depresión en un lapso de 48 h (a lo que algunos se refieren como **ciclo ultrarrápido**), ¿se trata de un episodio realmente nuevo o de una presentación diferente del mismo episodio (quizá con rasgos mixtos)? El ciclo rápido parece ser un estado transitorio del trastorno y no un fenómeno permanente (Coryell, Endicott y Keller, 1992).

Finalmente, el DSM-5 enfrenta el espinoso problema de los pacientes con depresión que desarrollan episodios maniacos o hipomaniacos provocados por los antidepresivos o por otros fármacos activadores. Estos fármacos tienen el potencial de provocar activación, sobre todo en un paciente que ya presenta vulnerabilidad biológica a los cambios en el estado de ánimo, debido a sus efectos en los sistemas de serotonina, norepinefrina y dopamina. Si el paciente no ha tenido nunca un episodio maniaco, pero desarrolla uno después de tomar un antidepresivo, el probable diagnóstico es un trastorno del estado de ánimo inducido por fármacos. En consecuencia, sólo se considera el diagnóstico de trastorno bipolar si los síntomas de manía precedieron al antidepresivo (una difícil distinción histórica) o si dichos síntomas continúan al menos un mes después de la suspensión del antidepresivo. Se aplican consideraciones diagnósticas similares en el caso de pacientes que abusan de drogas "psicomiméticas" (p. ej., cocaína, anfetamina) y pueden provocar estados similares a la manía.

Epidemiología, comorbilidad y diagnóstico diferencial

Entre estudios, culturas y grupos de edad, los trastornos bipolar I y bipolar II afectan por lo menos a 2% de la población. La Repetición de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS-R), un estudio epidemiológico en que una persona no experta aplicó una entrevista diagnóstica estructurada a 9 282 adultos estadounidenses, se reportaron tasas de prevalencia durante toda la vida de 1.0% para trastorno bipolar I, 1.1% para trastorno bipolar II, y 2.4% para la enfermedad bipolar subumbral (p. ej., trastorno bipolar no especificado o trastorno ciclotímico; Merikangas *et al.,* 2007). En la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, un estudio realizado en 11 países con 61 392 adultos en que se utilizó el mismo instrumento diagnóstico, se reportaron tasas prevalentes menores durante toda la vida: 0.6% para trastorno bipolar I, 0.4% para trastorno bipolar II y 1.4% para trastorno bipolar subumbral (Merikangas *et al.,* 2011).

En una muestra comunitaria de adolescentes (de 13 a 18 años), 2.5% cumplía los criterios permanentes del DSM-5 para trastorno bipolar I o II, y la prevalencia

aumentaba con la edad (Merikangas *et al.,* 2012). Curiosamente, 1.7% de los adolescentes cumplían los criterios del DSM-5 para un episodio maniaco sin depresión. Por último, en un metaanálisis de 12 estudios de todo el mundo en que habían participado un total de 16 222 jóvenes entre 7 y 21 años, la tasa de trastorno bipolar fue 1.8% y no difería entre países (Van Meter, Moreira y Youngstrom, 2011).

El trastorno bipolar prácticamente concurre siempre con otras condiciones, algunas de las cuales se convierten en el foco de tratamiento inmediato. Los trastornos con los que es comórbido el trastorno bipolar comparten la base de la disregulación afectiva. Cuando se consideraron las tasas de prevalencia durante un año en la Repetición de la Encuesta Nacional de Comorbilidad, las correlaciones más altas se observaron entre manía/hipomanía y trastornos de ansiedad (62.9%), seguidos de trastornos de la conducta (trastorno por déficit de atención con hiperactividad [TDAH]) y trastorno oposicionista desafiante (44.8%) y los trastornos por consumo de drogas (36.8%) (Merikangas *et al*., *2007).*

Algunos estudios han encontrado que pacientes con inicio pediátrico tienen más trastornos comórbidos que pacientes con inicio en la adultez (Leverich *et al.,* 2007). La comorbililidad del trastorno bipolar y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños fluctúa entre 60 y 90%, incluso cuando no se consideran los síntomas que se traslapan (Kim y Miklowitz, 2002). El riesgo de trastorno por abuso de drogas es cinco veces mayor en adolescentes con trastorno bipolar que en adolescentes sanos (Wilens *et al.,* 2004). La comorbilidad con trastornos de ansiedad es aproximadamente de 44% (Masi *et al.,* 2012; Sala *et al.,* 2010). Curiosamente, los trastornos de ansiedad a menudo se diagnostican primero en hijos de padres con trastorno bipolar y pueden representar los primeros indicios de enfermedades importantes del estado de ánimo (Henin *et al.,* 2005).

La distinción entre trastorno bipolar y los trastornos de personalidad es sumamente difícil. En particular, el sello distintivo del trastorno límite de la personalidad es la inestabilidad afectiva. Akiskal (1996) sostiene que lo que los clínicos suelen ver como patología de personalidad en realidad es un trastorno subsindrómico del estado de ánimo que no ha sido tratado.

Cuando se realizan estudios sobre el traslape del trastorno bipolar y los trastornos de personalidad, las estimaciones de comorbilidad son bastante conservadoras. Por ejemplo, George, Miklowitz, Richards, Simoneau y Taylor (2003) encontraron que sólo 29% de los pacientes con trastorno bipolar cumplen los criterios diagnósticos para los trastornos de personalidad durante un periodo de remisión. Además, el diagnóstico de trastorno de personalidad comórbido no siempre correspondió al trastorno límite de la personalidad y más a menudo era un trastorno del grupo C (p. ej., trastorno de personalidad evasiva o dependiente).

En ocasiones es difícil trazar los límites entre la enfermedad bipolar y unipolar, en ambos casos la depresión puede ser bastante similar aunque, en promedio, la depresión bipolar inicia a una edad menor, presenta mayor variabilidad a corto plazo en el estado de ánimo y es más resistente al tratamiento que el trastorno depresivo mayor (Cuellar,

Johnson y Winters, 2005). En la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas (N = 12 048), pacientes con depresión bipolar avalaron la presencia de ideación suicida y alteración psicomotora con mayor frecuencia que los pacientes con depresión unipolar, mientras que estos últimos eran más propensos a avalar fatiga (Weinstock, Strong, Uebelacker y Miller, 2009). Por consiguiente, las diferencias entre depresión bipolar y unipolar no son grandes y la historia previa de manía o hipomanía (o la historia familiar de manía en un paciente que no ha tenido un episodio maniaco) puede aportar más información para el diagnóstico diferencial.

La distinción entre depresión agitada del tipo unipolar y manía del tipo bipolar es aún más complicada; ambas se caracterizan por tristeza y un estado elevado de ansiedad, inquietud y activación. Goldberg y Kocsis (1999) recomiendan que los clínicos que tratan de hacer esas distinciones hagan hincapié en atributos como la motivación a metas y la energía sostenida (a pesar de la falta de sueño) que suelen inclinar las escalas hacia el trastorno bipolar más que a la enfermedad depresiva unipolar.

La distinción entre trastorno bipolar y esquizofrenia también puede ser un juicio clínico sorprendentemente difícil. Cuando un paciente con esquizofrenia presenta un episodio psicótico, también parece exhibir activación aguda, grandiosidad en pensamientos y acciones, y elación o depresión. Cada vez son más los estudios que encuentran un grado significativo de traslape genético entre condiciones que alguna vez se consideraron etiológicamente distintas, como trastorno bipolar y esquizofrenia u otras condiciones psicóticas (Berrettini, 2003). Por ejemplo, un estudio reciente de asociación del genoma completo encontró un traslape significativo en variaciones genéticas entre pacientes con esquizofrenia y pacientes con trastorno bipolar que tienen rasgos psicóticos incongruentes con el estado de ánimo (p. ej., delirios o alucinaciones que no tienen un contenido claro relacionado con tristeza o elación) (Goes *et al.,* 2012).

El DSM-5 hace una distinción entre el trastorno esquizoafectivo y trastornos mayores del estado de ánimo con rasgos psicóticos. En el trastorno esquizoafectivo, los delirios y alucinaciones han estado presentes por lo menos durante dos semanas en ausencia de síntomas afectivos destacados. En trastornos mayores del estado de ánimo, los síntomas psicóticos ocurren sólo en periodos de alteración importante del estado de ánimo. Un seguimiento de 10 años de pacientes con esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos y trastornos afectivos mayores (bipolares y unipolares) encontraron que los delirios y alucinaciones "incongruentes con el estado de ánimo" (es decir, aquellos cuyo contenido no se relacionan con sentimientos de grandiosidad y elación o, alternativamente, sentimientos de indignidad) son un indicio pronóstico pobre entre diagnósticos (Harrow, Grossman, Herbener y Davies, 2000). Harrow y colaboradores (2000) argumentan a favor de una visión dimensional del trastorno esquizoafectivo en que algunos pacientes se ubican en el extremo psicótico y otros en el extremo del espectro correspondiente al estado de ánimo.

El DSM-5 también describe una condición subsindrómica o subafectiva: el trastorno ciclotímico. Los pacientes con trastorno ciclotímico alternan entre periodos de síntomas hipomaniacos y breves periodos de depresión que no cumplen los criterios de la

enfermedad depresiva mayor. En cuanto la persona desarrolla un episodio maniaco, mixto o depresivo completo, se asigna el diagnóstico de trastorno bipolar I o II. De nuevo, esas distinciones realmente atañen al grado y duración de los síntomas más que a su forma. En la experiencia, los clínicos son propensos a "empujar" a los pacientes con ciclotimia a la categoría bipolar II, en especial si piensan que los reportes históricos de los pacientes no son confiables. En ocasiones es mejor observar la labilidad del estado de ánimo de un paciente a lo largo del tiempo que tratar de hacer una distinción transversal entre el trastorno ciclotímico y el trastorno bipolar.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y EL CURSO DEL TRASTORNO BIPOLAR

Farmacoterapia estándar

El curso de la enfermedad bipolar (sus patrones de recaída y remisión a lo largo del tiempo) se entiende mejor haciendo referencia a los tratamientos farmacológicos que contribuyen a estabilizar a los pacientes y permiten a la mayoría funcionar en la comunidad.

En la era prefarmacológica (es decir, antes de 1960) los pacientes eran hospitalizados por años (Cutler y Post, 1982). Hoy en día, el curso de la enfermedad bipolar ha mejorado considerablemente gracias a la disponibilidad de estabilizadores del estado de ánimo como el carbonato de litio, los anticonvulsivos (p. ej., divalproex sódico, lamotrigina y otros agentes) y los antipsicóticos atípicos (p. ej., olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona o aripiprazol) (Godberg, 2004; Malhi, Adams y Berk, 2009). Algunos de esos fármacos no sólo controlan los episodios agudos de la enfermedad sino que también tienen un "valor profiláctico", lo que significa que previenen episodios futuros o minimizan su duración o gravedad.

La mayoría de los psiquiatras describen tres fases del tratamiento farmacológico: una "fase aguda" en que la meta es controlar los síntomas más severos del trastorno maniaco, mixto o depresivo; una "fase de estabilización", en que la meta es ayudar al paciente a recuperarse por completo de la fase aguda, lo que a menudo significa tratar los síntomas residuales (p. ej., depresión leve) o los niveles de deterioro social y ocupacional; y una "fase de mantenimiento" en que la meta es prevenir las recurrencias y continuar el tratamiento de los síntomas residuales. Los medicamentos recomendados para el trastorno bipolar varían de acuerdo con la fase del tratamiento. Durante las fases agudas y de estabilización un medicamento antipsicótico puede acompañar a un estabilizador del estado de ánimo. Si un paciente muestra síntomas depresivos residuales después de haber estabilizado un episodio maniaco puede recomendarse un antidepresivo. Esas fases del tratamiento también son relevantes para el tratamiento psicosocial-psicoterapéutico del trastorno bipolar, que se revisará más adelante.

Resultado sintomático

¿Por qué necesitamos un tratamiento psicosocial si el tratamiento farmacológico es tan efectivo? El problema que surge sistemáticamente en el tratamiento farmacológico del trastorno bipolar son los "episodios agudos". Con el tratamiento con litio o anticonvulsivos, la tasa de recaída durante un año es de alrededor de 37% (Gitlin, Swendsen, Heller y Hammen, 1995). De 1 469 adultos con trastornos bipolares I y II, 49% tuvieron recurrencias a lo largo de un año, las cuales correspondían más a menudo a episodios depresivos que a episodios maniacos o hipomaniacos. En un seguimiento de 12.8 años de 146 pacientes adultos con trastorno bipolar I, los pacientes presentaban síntomas depresivos sindrómicos o subsindrómicos aproximadamente en 32% de las

semanas de sus vidas, síntomas maniacos o hipomaniacos para 9%, y síntomas mixtos o cíclicos para 6%; los pacientes estaban en remisión únicamente alrededor de la mitad del tiempo (Judd *et al.,* 2002).

Keck y colaboradores (1998) examinaron durante 12 meses el curso del trastorno bipolar en 134 pacientes que empezaron en un episodio maniaco o mixto agudo. La mayoría de los pacientes (N = 104) fueron tratados con estabilizadores del estado de ánimo, con o sin el acompañamiento de antipsicóticos o antidepresivos. Los investigadores hicieron una distinción entre "recuperación sindrómica" en que los pacientes dejan de cumplir los criterios del DSM para un episodio maniaco, mixto o depresivo, por lo menos durante ocho semanas; "recuperación sintomática", un criterio más riguroso en que los síntomas del trastorno de ánimo tendrían que ser mínimos o inexistentes entre los pacientes, por lo menos durante ocho semanas; y la "recuperación funcional", que requería que los pacientes recuperaran su nivel premórbido (previo a la enfermedad) en empleo, amistades, intereses y vida independiente. De los 106 pacientes que completaron el estudio, 51 (48%) alcanzaron la recuperación sindrómica en el seguimiento a los 12 meses. Sólo 28 (26%) alcanzaron la recuperación sintomática, y 25 (24%) obtuvieron la recuperación funcional en el seguimiento. Los predictores de un mal resultado incluían una posición socioeconómica baja, la no adhesión al régimen de medicamentos y una mayor duración de la enfermedad.

Funcionamiento social y ocupacional

Los pacientes con trastorno bipolar sufren deterioro significativo en su funcionamiento laboral, social y familiar, y la posibilidad de recurrencia de la enfermedad inicial aumenta considerablemente cuando presentan síntomas depresivos subsindrómicos (Altshuler *et al.,* 2006; Gitlin, Mintz, Sokoloski, Hammen y Altshuler, 2011). Además, los pacientes con síntomas depresivos persistentes también suelen presentar deterioro cognitivo, lo que afecta considerablemente su funcionamiento social y ocupacional (Altshuler, Bearden, Green, van Gorp y Mintz, 2008). Un estudio de 253 pacientes con trastorno bipolar I y II reveló que sólo alrededor de 33% de ellos trabajaba tiempo completo y sólo 9% trabajaba tiempo parcial fuera de casa; 57% de los pacientes informaron ser incapaces de trabajar o que sólo podían hacerlo en ambientes protegidos (Suppes *et al.,* 2001).

La relación entre los síntomas del estado de ánimo y el funcionamiento parece ser bidireccional: existe una clara asociación entre los síntomas depresivos residuales y un funcionamiento social y ocupacional más pobre (p. ej., Gitlin *et al.,* 2011), pero otros estudios han demostrado que el pobre funcionamiento social predice un tiempo más corto para la recaída en un trastorno del estado de ánimo (p. ej., Weinstock y Miller, 2008).

Falta de adhesión al régimen de medicamentos

Parte de la razón por la que los pacientes con trastorno bipolar presentan tantos "episodios agudos" es la falta de adhesión al tratamiento farmacológico. En una revisión, Colom, Vieta, Tacchi, Sanchez-Moreno y Scott (2005) calcularon que por lo menos 60% de los pacientes con trastorno bipolar descontinúan sus medicamentos en algún momento

de su vida. Entre 40 y 60% habían incumplido el tratamiento en forma parcial o completa el año posterior a su primera hospitalización por un episodio maniaco o mixto (Strakowski *et al.,* 1998). Un estudio de una importante organización dedicada a la conservación de la salud encontró que los pacientes tomaban litio por un promedio de sólo 76 días (Johnson y McFarland, 1996). La falta de adhesión tuvo implicaciones considerables para el curso del trastorno. Cuando los pacientes suspendían de repente sus medicamentos, el riesgo de recaída o suicidio era mucho mayor (Baldessarini, Tondo y Hennen, 2003).

Las razones por las que los pacientes dejan de tomar los estabilizadores del estado de ánimo son variadas e incluyen efectos secundarios, falta de conciencia sobre la enfermedad, edad más joven, posición socioeconómica más baja, falta de información sobre medicamentos, sentimientos negativos respecto con que su estado de ánimo sea controlado por un medicamento, periodos altos perdidos, hospitalizaciones recientes y poco apoyo familiar (Colom, Vieta, Tacchi *et al*., 2005). Algunos de esos problemas pueden ser modificados mediante el ajuste de las dosis y la sustitución de un agente por otro. Otros problemas relacionados con la falta de adhesión pueden ser abordados en la psicoterapia adyuvante.

¿Qué es la psicoterapia?

¿Cuál es el papel del tratamiento psicosocial en un trastorno con una carga biológica y genética tan importante? Existe poca duda de que la medicación es la primera opción de tratamiento para el trastorno bipolar. La evidencia de que el litio, los anticonvulsivos y los antipsicóticos atípicos reducen las tasas de recaída y mejoran el funcionamiento es considerable. Pero, ¿se puede tener mejores resultados? Una visión óptima y quizá excesivamente optimista del resultado de los pacientes con trastorno bipolar debería incluir la estabilidad de los síntomas durante periodos prolongados, alteraciones mínimas del funcionamiento social después de episodios, y tener vidas laborales y familiares coherentes. De hecho, esos resultados son altamente valorados por los pacientes que a menudo desarrollan sus propias estrategias de automanejo para afrontar la enfermedad (Murray *et al.,* 2011).

Las funciones de la psicoterapia adyuvante pueden incluir la enseñanza de habilidades para el manejo de síntomas, reafirmar el funcionamiento de roles sociales y ocupacionales, y mantener la adhesión de los pacientes a sus regímenes de medicamentos. Este objetivo lleva implícito el hecho de que no es posible separar la fisiología y la psicología de los trastornos psiquiátricos mayores. Se sabe que en pacientes que responden a la psicoterapia es común que ocurran cambios en la función nerviosa (p. ej., lo que se hace evidente en imágenes obtenidas por resonancia magnética funcional) (p. ej., Kumari *et al.,* 2011). Ha llegado el momento de pensar en que la psicoterapia y los medicamentos trabajen en sinergia en los trastornos mayores del estado de ánimo.

El argumento más sólido para incluir a la psicoterapia en un programa de tratamiento ambulatorio es ayudar a los pacientes a afrontar los desencadenantes del estrés. Como se menciona en la siguiente sección, algunos sucesos en la vida y ciertas formas de tensión

familiar son factores de riesgo en el curso del trastorno bipolar. La psicoterapia puede dirigirse a esos factores y enseñar a los pacientes mecanismos adaptados de afrontamiento a los que puedan recurrir durante los períodos de bienestar para prevenir la probabilidad de una recaída.

En la noción de que la psicoterapia puede ser útil para un paciente con trastorno bipolar está implícita la idea de que el estrés juega un papel en la aparición de los síntomas del trastorno del estado de ánimo. ¿Qué evidencia apoya esta visión? ¿Cuáles son los objetivos de la intervención psicosocial?

Sucesos de la vida y ritmos sociales

Los sucesos de la vida se asocian sistemáticamente con recaídas en la depresión bipolar y, en algunos estudios, también de la manía (Johnson, 2005a). Se han propuesto dos vías principales para la asociación entre los sucesos de la vida y las recaídas del estado de ánimo. La primera de ellas, la hipótesis de la estabilidad del ritmo social (Ehlers, Kupfer, Frank y Monk, 1993), plantea que en los trastornos del estado de ánimo los sucesos de la vida provocan una alteración de los ritmos cotidianos (es decir, cuándo paseamos, comemos, hacemos ejercicio, socializamos, trabajamos y dormimos). Dichos sucesos pueden actuar como *zeitstorers* (destructores del tiempo) que interrumpen los ritmos sociales y circadianos establecidos (p. ej., la secreción neuroendocrina como función de la hora del día). Por ejemplo, un paciente previamente desempleado que consigue un trabajo en el que cambian constantemente los horarios se ve obligado a adoptar un nuevo patrón de rutinas diarias, lo que puede incluir cambios en los hábitos de sueño y vigilia. Los eventos importantes también pueden resultar en la pérdida de *zeitgebers* **(**sincronizadores sociales), personas o eventos que ayudan a mantener la estabilidad de los ritmos.

Por ejemplo, un cónyuge o pareja ayuda a mantener a una persona en programas predecibles de sueño. La ruptura de una relación, además de ser un evento emocional significativo, tiene como resultado la pérdida de este cronómetro humano.

Los pacientes con trastorno bipolar son sumamente sensibles a cambios incluso menores en los hábitos de sueño-vigilia. Estudios de Malkoff-Schwartz y colaboradores (1998, 2000) revelaron que los episodios maniacos a menudo son precipitados por sucesos que cambian los hábitos de sueño-vigilia (p. ej., cambio de zonas horarias debido a viajes aéreos). Sin embargo, no se encontró una asociación diferencial entre los episodios depresivos y los sucesos de la vida que alteran los ritmos. Una de las implicaciones clínicas de esos hallazgos es que el resultado del trastorno bipolar sería mejor si puede enseñarse a los pacientes a regularizar sus ritmos sociales, sobre todo ante sucesos que suelen alterarlos. De ahí que la variabilidad del ciclo de sueño-vigilia sea un objetivo del tratamiento. Como se verá a continuación, ese es un principio central de la terapia de ritmos interpersonales y sociales (TRIPS; Frank, 2005).

Sucesos de la vida, disregulación de metas y manía

En más de 12 estudios, personas con una historia de manía y estudiantes vulnerables a ella se describieron como propensas a reaccionar con fuertes emociones a la recompensa

(Johnson, Edge, Holmes y Carver, 2012). Se ha encontrado que la sensibilidad autorreportada a la recompensa predice un curso más severo de manía entre las personas con trastorno bipolar I (Meyer, Johnson y Winters, 2001; Salavert *et al.,* 2007) y la conversión de un trastorno del espectro bipolar a un trastorno bipolar II o I en estudiantes universitarios de alto riesgo (Alloy *et al.,* 2012). Un constructo relacionado, la ambición extrema, se asocia con un curso más severo de manía entre pacientes con trastorno bipolar I (Johnson *et al.,* 2012). Al escalar a manía se eleva la respuesta impulsiva, en que la gente busca recompensas sin prestar atención a las consecuencias negativas potenciales (Swann, Dougherty, Pazzaglia, Pham y Moeller, 2004).

Sheri Johnson y colaboradores (2000) propusieron la hipótesis de que la sensibilidad excesiva a la recompensa puede exacerbar la reactividad a los éxitos, por lo que los síntomas maniacos serían más probables después de sucesos que involucran la obtención de metas (p. ej., obtener una promoción). La obtención de metas puede aumentar la confianza, lo que a su vez alimenta un mayor compromiso con las metas y acelera el desarrollo de síntomas maniacos (Johnson, 2005b). En dos estudios longitudinales con pacientes con trastorno bipolar I, sucesos que implicaban la obtención de metas predecían incrementos en los síntomas maniacos pero no en los síntomas depresivos, incluso después de excluir sucesos que habían sido causados por síntomas maniacos (p. ej., pérdida del empleo; Johnson *et al.,* 2008).

Estrés familiar

Los conflictos familiares también son un caldo de cultivo para el incremento en el ciclo del trastorno bipolar. Un método para medir el estrés familiar es evaluar el nivel de **emoción expresada** (EE) de una familia. En este procedimiento, un investigador aplica la Entrevista Familiar de Camberwell (Vaughn y Left, 1976) a un miembro de la familia (padre, cónyuge o pareja, o hermano) aproximadamente durante una hora para evaluar las reacciones del familiar al trastorno psiquiátrico del paciente. Luego, un juez entrenado evalúa las grabaciones de esas entrevistas en tres dimensiones principales: comentarios críticos (p. ej., "Cuando hablo con él me molesta que se cierre. ¡Es como si no hubiera nadie ahí!"): hostilidad o crítica personal generalizada al paciente (p. ej., "No me gusta nada de él"); e involucramiento emocional excesivo o la tendencia a la preocupación o protección excesivas o al uso de conductas desmesuradas de autosacrificio en el cuidado del paciente (p. ej., "No invito a gente a la casa porque a Allen (el hijo) no le agrada"). Los miembros de la familia que puntúan alto en una o más de esas dimensiones se denominan **Emoción expresada alta**, quienes no lo hacen se denominan **Emoción expresada baja.**

La emoción expresada es un predictor sólido del curso de la esquizofrenia. En el metaanálisis realizado por Butzlaff y Hooley (1998) de 28 estudios longitudinales de la emoción expresada en la esquizofrenia, 22 reprodujeron el mismo hallazgo central: la probabilidad de recaída en un seguimiento prospectivo de nueve meses a un año fue de dos a tres veces mayor entre los pacientes que después de un episodio de la enfermedad regresaron a una familia con emoción expresada alta que en los que regresaron a familias

con emoción expresada baja. Varios estudios han documentado una relación entre las familias con emoción expresada alta y la recaída entre pacientes con trastorno bipolar seguidos prospectiva o retrospectivamente (Honig, Hofman, Rozendaal y Dingemanns, 1997; Miklowitz, Goldstein, Nuechterlein, Snyder y Mintz, 1988; O'Connell, Mayo, Flatow, Cuthbertson y O'Brien, 1991; Priebe, Wildgrube y Muller-Oerlinghausen, 1989; Yan, Hammen, Cohen, Duley y Henry, 2004). Esta asociación longitudinal se observó también en un estudio realizado durante dos años de la emoción expresada en la familia de adolescentes bipolares que recibían tratamiento familiar (Miklowitz, Biuckians y Richards, 2006).

A primera vista podría concluirse que los pacientes con trastorno bipolar son sensibles al estrés en el medio familiar, y que los niveles de emoción expresada desencadenan una vulnerabilidad biológica.

Pero la relación está lejos de ser simple. Primero, parece que los familiares con emoción expresada elevada de pacientes con enfermedad bipolar, enfermedad unipolar o esquizofrenia son más propensos que los familiares con emoción expresada baja a pensar que el paciente puede controlar sus conductas problemáticas negativas (consulte Hooley y Licht, 1997; Weisman, Lopez, Karno y Jenkins, 1993; Wendel, Miklowitz, Richards y George, 2000). Segundo, familiares y pacientes que enfrentan el trastorno bipolar suelen verse atrapados en ciclos negativos de interacción cara a cara de agresión verbal. Simoneau, Miklowitz y Saleem (1998) encontraron que los familiares de pacientes con trastorno bipolar con emoción expresada alta eran más negativos que los familiares con emoción expresada baja durante interacciones cara a cara de solución de problemas. Los familiares y pacientes en familias con emoción expresada alta también eran más propensos a involucrarse en ciclos contraproducentes de **ataque-contraataque**. A menudo los pacientes eran los provocadores en esos intercambios, no eran las "víctimas" de familiares verbalmente agresivos o punitivos (Miklowitz, Wendel y Simoneau, 1998; Simoneau *et al.,* 1998),

Es claro que un programa de tratamiento psicosocial debería considerar aspectos del ambiente afectivo de la familia (como actitudes de emoción expresada elevada en familiares o los intercambios negativos que caracterizan la comunicación entre familiares y paciente) como objetivos de la intervención. La duda es si sería mejor intentar cambiar directamente esas actitudes y patrones de interacción o "darles la vuelta". Los miembros de la familia que lidian con un cónyuge o pareja, hijo o hermano con trastorno bipolar están comprensiblemente muy enojados y tiene poco sentido decirles que no deberían estarlo. Otros sienten que su conducta sobreprotectora está más que justificada por la situación.

Durante el desarrollo de la terapia centrada en la familia, el equipo de trabajo concluyó que un componente importante para afrontar esas actitudes y patrones de transacción es la psicoeducación, la cual implica proporcionar información a pacientes y miembros de la familia sobre el trastorno y sus manifestaciones. Como se mencionó, los familiares (padres cónyuges o hermanos) necesitan darse cuenta de que por lo menos una parte de las conductas aversivas del paciente (p. ej., irritabilidad, agresión, incapacidad para

trabajar o baja productividad) puede ser atribuida a un estado de la enfermedad bioquímicamente determinada. Esto puede parecer obvio para los clínicos, pero a los miembros de la familia, quienes tienen que lidiar cada día con el paciente, les resulta fácil atribuir las conductas aversivas a factores de personalidad o a pereza, o creer que "Él/ella hace eso para lastimarme". En paralelo, los pacientes necesitan estar más conscientes de la forma en que provocan ira y resentimiento en los miembros de la familia.

Las interacciones negativas cara a cara no pueden ser erradicadas, pero pueden hacerse más productivas por medio de técnicas de comunicación y entrenamiento de solución de problemas. Por ejemplo, puede enseñarse a familias o parejas a ceñirse a un problema en lugar de tratar de resolver muchos al mismo tiempo, o a usar habilidades de escucha para evitar ciclos contraproducentes de ataque-contraataque. Más adelante en este capítulo se explicaran esos métodos haciendo referencia a un caso de difícil tratamiento.

ESTUDIOS DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Los estudios controlados de los resultados de la psicoterapia son nuevos en el campo del trastorno bipolar y no han avanzado al mismo ritmo que la investigación y el tratamiento farmacológico. Esta sección describe varios ensayos con control aleatorio de intervenciones individuales y familiares o matrimoniales. Se cuenta con revisiones más exhaustivas de los estudios en esta área (Geddes y Miklowitz, 2013; Miklowitz y Scott, 2009).

Terapia individual

En este punto dos modelos de terapia individual merecen ser destacados. Los modelos cognitivo-conductuales se concentran en factores de riesgo para las recaídas, incluyendo la falta de adhesión al régimen de medicamentos, correr riesgos excesivos (o la sobreestimación de recompensa) antes de la manía y la inactividad conductual durante la depresión. Lam, Hayward, Watkins, Wright y Sham (2005; Lam *et al.,* 2003) compararon la combinación de 12 a 18 sesiones del modelo de terapia cognitivo-conductual con tratamiento farmacológico y durante seis meses sólo con tratamiento farmacológico (N = 103). Los pacientes estuvieron en remisión al menos durante seis meses pero habían tenido por lo menos tres episodios en los cinco años pasados. En un seguimiento de un año, recayeron 44% de los pacientes que recibieron terapia cognitivo-conductual en comparación con 75% de los pacientes que sólo recibieron el tratamiento farmacológico. De 12 a 30 meses después del tratamiento, la terapia cognitivo-conductual no impedía las recaídas en relación con el tratamiento farmacológico solo, pero siguió mostrando una influencia positiva en el estado de ánimo y en los días que duraban los episodios. Los efectos sobre la depresión fueron más significativos que los efectos sobre la manía.

Un ensayo en centros múltiples del Reino Unido sobre la efectividad de la terapia cognitivo-conductual (N = 253) indicó que no todas las subpoblaciones de pacientes con trastorno bipolar tienen la misma probabilidad de beneficiarse de la terapia cognitivo-conductual (Scott *et al.,* 2006). El estudio comparó 22 sesiones de terapia cognitivo-conductual más farmacoterapia con el tratamiento usual más farmacoterapia. Antes de ingresar al estudio los pacientes habían pasado por diversos estados sintomáticos. No se encontraron efectos de la terapia cognitivo-conductual en el tiempo para la recurrencia.

Un análisis *post hoc* reveló que los pacientes con menos de 12 episodios previos tenían menos recurrencias en la terapia cognitivo conductual que en el tratamiento usual. Sin embargo, los pacientes con 12 o más episodios eran más propensos a tener recurrencias en la terapia cognitivo-conductual que en el tratamiento usual. Los autores concluyeron que la terapia cognitivo-conductual es más apropiada para pacientes que se encuentran en las primeras etapas de su trastorno o para aquellos en que el curso es menos recurrente. Sin embargo, una **metaregresión** de seis ensayos con control aleatorio concluyó que no existía evidencia de que las recaídas fueran moderadas por el número de episodios previos (Lam, Burbeck, Wright y Pilling, 2009).

La rehabilitación cognitiva, una forma de tratamiento conductual que enfatiza las estrategias de atención, de concentración y de memoria, puede ser un auxiliar útil de la farmacoterapia para pacientes con trastorno bipolar que presentan deterioro cognitivo. En un ensayo abierto de 18 casos, Deckersbach y colaboradores (2010) encontraron que después de 14 sesiones de tratamiento, los pacientes tenían mejoría en síntomas depresivos, funcionamiento ocupacional y funcionamiento ejecutivo en comparación con su línea base. Se requieren ensayos aleatorizados de rehabilitación cognitiva en pacientes con deterioros neuropsicológicos.

Ellen Frank y colaboradores (2005) investigaron la eficacia de la terapia de ritmos interpersonales y sociales -un tratamiento que no sólo incluye los elementos centrales del modelo de psicoterapia interpersonal para la depresión de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron (1984) sino también un componente en que los pacientes autorregulan sus rutinas y ciclos diarios de sueño-vigilia. Pacientes con un episodio reciente del estado de ánimo fueron asignados al azar a sesiones de 45 minutos de la terapia de ritmos interpersonales y sociales y medicamentos estabilizadores del estado de ánimo o una intervención de manejo clínico activo también con medicamentos. Esta última incluía sesiones de 20 minutos con un psicoterapeuta que se enfocaba en los efectos secundarios del fármaco y en el manejo de síntomas. La aleatorización se hizo primero durante una fase aguda del tratamiento con sesiones quincenales y de nuevo al inicio de una fase preventiva de mantenimiento con sesiones quincenales o mensuales hasta por dos años. Durante la fase de mantenimiento los pacientes que recibieron la terapia de ritmos interpersonales y sociales en la fase aguda tuvieron intervalos más largos antes de las recurrencias que los pacientes que recibieron manejo clínico. La terapia de ritmos interpersonales y sociales fue más eficaz en demorar las recurrencias en la fase de mantenimiento entre los pacientes que habían logrado estabilizar sus rutinas diarias y sus ciclos de sueño-vigilia durante la fase aguda (Frank *et al.,* 2005); esta terapia también tuvo un impacto positivo en el funcionamiento vocacional (Frank *et al.,* 2008). Por ende, la regularidad de las rutinas puede ser una protección contra un curso empeorado del trastorno y a la vez mejorar el funcionamiento.

Psicoeducación grupal

Los efectos de la psicoeducación grupal han sido documentados en varios ensayos con control aleatorio de gran escala, incluyendo uno en la clínica ambulatoria de la Administración de Veteranos (Bauer *et al.,* 2006) y otro en una organización dedicada a la conservación de la salud (Simon, Ludman, Bauer, Unutzer y Operskalski, 2006). En ambos estudios se incluyeron grupos de psicoeducación en sistemas mayores de atención, incluyendo la supervisión del paciente por una enfermera encargada de la atención y la supervisión de la adhesión del médico a las directrices de tratamiento. Se demostró que esos modelos de atención sistemática eran sumamente efectivos para mejorar el curso de la enfermedad y el funcionamiento, en comparación con la atención usual de pacientes bipolares en esos escenarios.

En la Universidad de Barcelona se llevó a cabo un ensayo con control aleatorio

enfocado en la combinación de farmacoterapia y psicoeducación grupal (Colom *et al.,* 2003). Un total de 120 pacientes con trastorno bipolar en remisión que recibían tratamiento farmacológico fueron asignados a: (1) 21 sesiones de psicoeducación grupal estructurada o (2) 21 sesiones de apoyo grupal no estructurado, ambas condiciones administradas por psicólogos. Las sesiones de psicoeducación incluían conferencias, juego de roles, discusiones de creencias y actitudes, intervenciones conductuales y asignación de tareas entre sesiones. A lo largo de dos años, los individuos que recibieron psicoeducación grupal exhibieron una probabilidad significativamente mayor que los asignados al grupo no estructurado de presentar tasas menores de recaídas y hospitalización y niveles mayores y más estables de litio en plasma (Colom *et al.,* 2003; Colom, Vieta, Sánchez-Moreno *et al.,* 2005). Además, un seguimiento de esta muestra durante cinco años y medio reveló la conservación de las ganancias asociadas con la psicoeducación grupal (Colom *et al.,* 2009). Por consiguiente, la psicoeducación grupal parece ser un auxiliar rentable de la farmacoterapia para pacientes bipolares que empiezan en remisión.

Terapia familiar

Existen varios estudios de intervenciones familiares como adyuvantes de los medicamentos para pacientes con trastorno bipolar. Aquí se presentan ensayos publicados después del 2000; el lector interesado en la cobertura previa de estudios familiares y matrimoniales puede consultar revisiones más exhaustivas (Miklowitz, 2008a; Miklowitz y Scott, 2009).

Se han completado cinco ensayos aleatorizados del tratamiento centrado en la familia; dos de ellos se realizaron con adultos reclutados en escenarios hospitalarios luego de un episodio agudo, uno en la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA; Rea *et al.,* 2003) y otro en la Universidad de Colorado (Miklowitz, George, Richards, Simoneau y Suddath, 2003).

Un estudio se realizó en el contexto del Programa de Tratamiento Sistemático Mejorado para el Trastorno Bipolar (PTSM-TB; Miklowitz *et al.,* 2007b), que examinó tres psicoterapias intensivas (tratamiento centrado en la familia, terapia de ritmos interpersonales y sociales o terapia cognitivo-conductual) en comparación con una condición control para pacientes con depresión bipolar. En el caso de pacientes con inicio pediátrico se han llevado a cabo dos ensayos con control aleatorio, uno en el que participaron adolescentes con trastorno bipolar (Miklowitz *et al.,* 2008) y el otro con niños y adolescentes sintomáticos (de nueve a 17 años) con riesgo genético de desarrollar trastorno bipolar (Miklowitz *et al.,* 2013). A continuación se revisan en detalle esos estudios.

Estudios de UCLA y Colorado

Cada uno de esos estudios examinó una intervención en que durante nueve meses se llevaron a cabo 21 sesiones del tratamiento centrado en la familia que incluía psicoeducación, entrenamiento de habilidades para mejorar la comunicación y

entrenamiento de solución de problemas. Los participantes fueron pacientes y sus padres o cónyuges, se reclutaron durante un episodio índice de trastorno bipolar y mantenidos con medicamentos estabilizadores del estado de ánimo, con o sin agentes antipsicóticos o antidepresivos. Sin embargo, los estudios diferían en un aspecto importante: en Colorado, el grupo de comparación de "manejo de crisis" recibió durante nueve meses dos sesiones de educación familiar y sesiones individuales en crisis, según fuera necesario. En el estudio de UCLA, los pacientes del grupo de comparación recibieron una intervención de manejo individual del caso y solución de problemas de intensidad similar (21 sesiones) a la intervención con el tratamiento centrado en la familia.

A pesar de esas diferencias de diseño, los resultados obtenidos en los estudios de Colorado y UCLA fueron bastante similares. En el estudio de Colorado (Miklowitz *et al.,* 2003), el tratamiento centrado en la familia y los medicamentos disminuyeron la frecuencia de las recaídas y aumentaron las demoras antes de las recaídas en un periodo de dos años en comparación con el manejo de crisis y medicamentos. El tratamiento centrado en la familia también se asoció con mayor mejoría en los síntomas de depresión y manía, efectos que si bien sólo aparecieron hasta los seguimientos a los nueve y 12 meses, continuaron durante los 24 meses del seguimiento. En el estudio de UCLA (Rea *et al.,* 2003), los efectos del tratamiento centrado en la familia se vieron en las tasas de hospitalización durante el seguimiento de dos años. Los efectos del tratamiento centrado en la familia sobre el tiempo para la recaída no se observaron en el primer año, sino que aparecieron en el segundo. En particular, las tasas de rehospitalización en el periodo de uno a dos años, que siguió al tratamiento de nueve meses, fueron de 12% en el tratamiento centrado en la familia y de 60% en el grupo de terapia individual; para las recaídas, las tasas fueron de 28 y 60% respectivamente. Los resultados de ambos estudios sugieren que puede haber un efecto demorado del tratamiento centrado en la familia: es posible que los pacientes y los familiares necesiten "absorber" el tratamiento e incorporar la educación y el entrenamiento de habilidades en su vida cotidiana antes de que éste provoque mejoría en la enfermedad.

Este último punto fue aclarado más por Simoneau, Miklowitz, Richards, Saleem y George (1999), quienes examinaron transcripciones de interacciones familiares obtenidas en el estudio de Colorado antes y después del tratamiento centrado en la familia o el tratamiento de manejo de crisis. Las familias (los pacientes con sus padres o cónyuges) participaron en evaluaciones de interacciones que comprendían discusiones de solución de problemas durante 10 minutos, las cuales fueron transcritas y codificadas por medio del Sistema de Categorías para la Codificación de Interacciones de Pareja (Hahlweg *et al.,* 1989). Al año siguiente, después de haber completado el protocolo del tratamiento centrado en la familia o de manejo de crisis, regresaron 44 familias para la misma evaluación. Un hecho interesante fue que en las evaluaciones de las interacciones posteriores al tratamiento (al año), no era posible distinguir a los pacientes que habían recibido el tratamiento centrado en la familia y los que recibieron manejo de crisis con base en la frecuencia de las conductas de interacción negativa (p. ej., críticas). Pero en el postratamiento se observaron claras diferencias en las conductas de interacción positiva,

en particular en la esfera no verbal. Después del tratamiento centrado en la familia, era más probable que pacientes y familiares sonrieran entre sí, asintieran con la cabeza mientras los otros hablaban y se inclinaran hacia el otro al hablar. Además, el grado en que los pacientes mejoraron en su conducta de interacción no verbal, en el curso del tratamiento psicosocial, correlacionaba con su grado de mejoría en los síntomas durante el año de tratamiento.

El tratamiento centrado en la familia parecía haber mejorado ciertas tensiones dentro del ambiente familiar. Para precisar la relación direccional entre las mejorías en la comunicación familiar y los resultados sintomáticos de los pacientes, en el futuro será útil contar con estudios que hagan evaluaciones múltiples de series de tiempos de la interacción familiar y los síntomas de los pacientes

Estudio del programa de tratamiento sistemático mejorado para trastorno bipolar

El estudio del programa de tratamiento sistemático mejorado para trastorno bipolar examinó en 15 sitios participantes en EUA la efectividad de la combinación de estabilizadores del estado de ánimo con tratamientos psicosociales (Miklowitz *et al.,* 2007b). Pacientes con trastorno bipolar en un episodio depresivo (N = 293) fueron asignados al azar a medicamentos estabilizadores del estado de ánimo (con o sin antidepresivos) y 30 sesiones del tratamiento centrado en la familia, terapia de ritmos interpersonales y sociales, terapia cognitivo-conductual o atención colaborativa (AC), un tratamiento psicoeducativo de tres sesiones.

Los pacientes asignados a cualquier psicoterapia intensiva tuvieron tasas de recuperación más altas a lo largo de un año y se recuperaron en promedio 110 días más rápido que los pacientes que recibieron atención colaborativa. Los pacientes en terapia intensiva también mostraron mayor probabilidad de mantener un estado de ánimo estable durante el año que duró el estudio. Las tasas de recuperación en un año para las distintas condiciones fueron las siguientes: 77% para el tratamiento centrado en la familia; 65% para terapia interpersonal; 60% para terapia cognitivo-conductual; y 52% para la condición de atención colaborativa. Las diferencias entre las modalidades intensivas no alcanzaron a ser estadísticamente significativas. Vale la pena notar que en el programa de tratamiento sistemático mejorado para el trastorno bipolar, no hubo evidencia de que los pacientes asignados al azar a estabilizadores del estado de ánimo combinados con antidepresivos se recuperaran de la depresión con mayor rapidez que los pacientes asignados a estabilizadores del estado de ánimo combinados con placebo (Sachs *et al.,* 2007).

El programa de tratamiento sistemático mejorado para trastorno bipolar, uno de los más grandes estudios aleatorizados sobre el tratamiento del trastorno, sugiere que la psicoterapia es un componente esencial del esfuerzo por estabilizar a los pacientes en un episodio depresivo. Cuando los clínicos tratan a pacientes bipolares deprimidos con estabilizadores del estado de ánimo o antipsicóticos atípicos, agregar una terapia intensiva se asocia con una recuperación más rápida que agregar un antidepresivo (Miklowitz *et al.,* 2007a, 2007b). Los ingredientes comunes de los tratamientos intensivos (como

enseñar estrategias para manejar el estado de ánimo, identificar e intervenir temprano en síntomas prodrómicos, mejorar la adhesión de los pacientes al régimen de medicamentos y trabajar hacia la resolución de los problemas interpersonales o familiares clave) pueden contribuir a una recuperación más rápida. En este estudio el tratamiento centrado en la familia demostró ser particularmente potente, aunque también se hicieron evidentes sus limitaciones: sólo 54% de los pacientes evaluados para el estudio tenían familiares que estuvieran accesibles y dispuestos a participar en el tratamiento.

Psicoeducación familiar en el trastorno bipolar de inicio temprano

Aplicaciones más recientes se han enfocado en la psicoeducación familiar de pacientes con trastorno bipolar de inicio juvenil, quienes con más frecuencia viven o tienen una fuerte conexión con sus familias de origen. El tratamiento para adolescentes centrado en la familia (TCF-A; Miklowitz *et al.,* 2004) usa la misma estructura de 21 sesiones, adaptada a las necesidades de desarrollo de este grupo de edad (p. ej., la ocurrencia más frecuente de episodios más breves, por lo general con una presentación mixta). Un ensayo con control aleatorio conducido durante dos años con 58 pacientes adolescentes con trastorno bipolar reveló que, en comparación con pacientes que recibieron tres sesiones de psicoeducación familiar (atención mejorada o AM), los pacientes en el tratamiento centrado en la familia para adolescentes se recuperaron más rápido de sus síntomas depresivos de línea base, pasaron menos tiempo deprimidos en el seguimiento, y tuvieron mayores mejorías de sus síntomas depresivos durante un seguimiento de dos años (Miklowitz *et al.,* 2008). Además, los efectos del tratamiento centrado en la familia para adolescentes fueron moderados por el nivel de emoción expresada en las familias durante el periodo previo al tratamiento. Los adolescentes de familias con emoción expresada elevada mostraron mayor mejoría en síntomas depresivos y maniacos durante dos años de tratamiento centrado en la familia para adolescentes que en condiciones de atención mejorada; los efectos del tratamiento centrado en la familia para adolescentes en jóvenes de familias con emoción expresada baja no fueron tan robustos (Miklowitz *et al*., 2009).

Se desarrolló una versión del tratamiento centrado en la familia para niños y adolescentes en riesgo de desarrollar trastorno bipolar. Esos jóvenes tienen (1) un familiar en primer grado (por lo regular uno de los padres) con trastorno bipolar I o II y (2) deterioro y desregulación significativas del estado de ánimo en forma de depresión mayor o trastorno bipolar no especificado de otra forma. Los niños con trastorno bipolar no especificado de otra forma tienen periodos breves (de uno a tres días) y recurrentes de manía o hipomanía que representan un cambio respecto con la línea base. Un seguimiento de niños con trastorno bipolar no especificado de otra forma y una historia familiar positiva de manía encontró que al cabo de cinco años más de la mitad se había "convertido" en trastorno bipolar I o II (Axelson, Birmaher, Strober *et al.,* 2011).

En un ensayo con control aleatorio conducido durante un año, 40 niños de alto riesgo (de 9 a 17 años) con trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar no especificado de otra forma fueron asignados al azar a una versión del tratamiento centrado en la familia

para condiciones de alto riesgo (TCF-AR) o a un control con una o dos sesiones de educación (Miklowitz *et al.,* 2013). Los participantes en la versión del tratamiento centrado en la familia para condiciones de alto riesgo se recuperaron más rápido de sus síntomas iniciales del estado de ánimo, tuvieron más semanas en remisión de dichos síntomas y mostraron mejoría en los síntomas de hipomanía durante un año que los participantes en el control de educación. Igual a lo encontrado en la muestra de adolescentes, la magnitud del efecto del tratamiento fue mayor entre los niños de alto riesgo en familias con emoción expresada elevada (en comparación con las familias de emoción expresada baja).

Otros modelos de intervención familiar para trastorno bipolar pediátrico parecen prometedores. En un ensayo grande con lista de espera (N = 165), Fristad Verducci, Walters y Young (2009) encontraron que los niños con trastornos del estado de ánimo que fueron asignados a grupos de familias múltiples mostraron mayor mejoría del estado de ánimo luego de seis meses de estudio que los niños en una lista de espera. Además, los niños en la lista de espera que un año después participaron en los grupos de familias múltiples demostraron el mismo grado de mejoría entre 12 y 18 meses.

Finalmente, un tratamiento cognitivo-conductual centrado en la familia que se desarrolló para niños en edad escolar con trastorno bipolar incorpora intervenciones de psicoeducación, reestructuración cognitiva y regulación del afecto (West y Weinstein, 2012). Este tratamiento de 12 sesiones ha demostrado efectos positivos en ensayos abiertos. Están pendientes los resultados de un ensayo con control aleatorio.

Resumen

La adición del tratamiento psicosocial (familiar, grupal o individual) a la farmacoterapia da lugar a resultados más positivos del trastorno bipolar de los que pueden obtenerse sólo con la farmacoterapia. Al sacar conclusiones se deben tener en mente las diferentes condiciones clínicas de los pacientes al inicio del tratamiento. Por ejemplo, los estudios de la terapia cognitivo conductual y la psicoeducación grupal se enfocaron en pacientes en remisión, mientras que los del tratamiento centrado en la familia y la terapia de ritmos interpersonales y sociales se enfocaron en pacientes sintomáticos que sólo se habían recuperado parcialmente de un episodio agudo.

El resto del capítulo se dedica a los detalles de la conducción del tratamiento centrado en la familia. ¿A quién se dirige? ¿Cómo procede? ¿Qué tanto saben las familias sobre el trastorno bipolar y cómo aprenden nuevos estilos de comunicación o solución de problemas? Mientras revisa esos métodos, el lector debe reflexionar sobre los distintos objetivos de la intervención familiar (es decir, las actitudes o expectativas de la familia, el conflicto interpersonal, la falta de adhesión a los medicamentos) y las diversas esferas de resultado que se presume serán influenciadas por las intervenciones familiares a través de su impacto en esos objetivos.

Objetivos y estructura del tratamiento

El tratamiento centrado en la familia tiene seis objetivos, todos los cuales conciernen al afrontamiento de un episodio del trastorno bipolar. Dichos objetivos se resumen en la tabla 11-1; algunos de ellos tienen que ver con el tratamiento del episodio actual mientras que otros se enfocan en la anticipación de episodios futuros y los desencadenantes del estrés en esos episodios.

Tabla 11-1. Seis objetivos del tratamiento centrado en la familia

Ayudar al paciente y a sus familiares en lo siguiente:

- Integrar las experiencias asociadas con episodios recientes del trastorno bipolar.
- Reconocer y aceptar la vulnerabilidad del paciente a episodios futuros.
- Aceptar la necesidad de medicamentos estabilizadores del estado de ánimo para el control de los síntomas.
- Distinguir entre la personalidad del paciente y sus síntomas bipolares.
- Reconocer y aprender a afrontar los eventos estresantes de la vida que desencadenan las recurrencias de manía o depresión.
- Reestablecer las relaciones familiares funcionales después de un episodio del estado de ánimo.

Se presentan argumentos sólidos a favor de los efectos protectores de los medicamentos y de un ambiente familiar estable y no estresante.

En el caso de pacientes con trastorno bipolar sindrómico, el tratamiento centrado en la familia suele administrarse en 21 sesiones ambulatorias con duración de una hora. Las sesiones se realizan semanalmente durante tres meses, quincenalmente durante otros tres meses y mensualmente durante tres meses más. Aunque aquí se describe la versión de 21 sesiones, se han desarrollado versiones más cortas para poblaciones en alto riesgo: para niños en riesgo de trastorno bipolar (12 sesiones durante cuatro meses) (Miklowitz *et al.,* 2013) y para adolescentes y adultos jóvenes en riesgo de psicosis (18 sesiones durante seis meses) (Schlosser *et al.,* 2012).

Esta estructura de 21 sesiones durante nueve meses fue propuesta originalmente por Falloon, Boyd y McGill (1984) para el tratamiento conductual de familias con pacientes con esquizofrenia. La descripción del plan sesión a sesión es más una guía para los clínicos que un requisito, ya que algunas familias requieren un contacto menos intensivo al inicio, otras requieren contacto más intensivo más tarde, y otras simplemente no necesitan tanto tratamiento. El tratamiento se diseñó para asemejarse a las etapas de recuperación de un episodio del estado de ánimo. Durante la fase de estabilización se dedican alrededor de siete sesiones a la psicoeducación para familiarizar a los pacientes y sus parientes con la naturaleza, curso y tratamiento del trastorno bipolar. En esta etapa,

los pacientes suelen estar todavía sintomáticos y el nivel de su funcionamiento social u ocupacional suele ser menor al de sus capacidades antes del episodio (Keck *et al.,* 1998). La psicoeducación pretende apresurar la estabilización reduciendo las tensiones familiares que suelen acompañar a la fase de estabilización. Para esto se ayuda al paciente y a su familia a comprender los diferentes sucesos que precipitaron el episodio agudo, llegar a una comprensión común de las causas y el tratamiento de la enfermedad, desarrollar planes de cómo debe actuar la familia si se presentan señales del desarrollo de una recurrencia, y modular las expectativas sobre el funcionamiento del paciente y la familia en el periodo de recuperación.

Una vez que la familia empezó el módulo de entrenamiento de comunicación (de siete a 10 sesiones) el paciente suele estar completamente estabilizado después del episodio agudo, aunque todavía puede presentar síntomas residuales. En este punto, suele ser capaz de tolerar ejercicios orientados a la solución del conflicto familiar y a la promoción del cambio conductual. Por ejemplo, puede practicar la escucha mientras habla otro miembro de la familia y los miembros de la familia pueden hacer lo mismo por él. Esos ejercicios pueden ser difíciles cuando las emociones de un paciente todavía están desreguladas, pero la estructura introducida por el entrenamiento de la comunicación ayuda al paciente a modular la expresión de sus emociones.

Durante la fase final, entrenamiento de solución de problemas (cuatro a cinco sesiones), el episodio del estado de ánimo ya ha remitido y el paciente pasó a la fase de mantenimiento del tratamiento farmacológico. En esta etapa, y en ocasiones incluso antes, se motiva al paciente y a la familia para que identifiquen y aborden cuestiones relacionadas con la calidad de vida que han sido alteradas por la enfermedad (p. ej., cómo puede encontrar trabajo un paciente casado o que vive en unión libre; cómo pueden los padres ayudar a su hijo, adulto joven, a mudarse de casa y volverse gradualmente más independiente). Las últimas sesiones del tratamiento centrado en la familia, realizadas mensualmente, ayudan a consolidar las ganancias logradas durante los nueve meses de tratamiento.

Escenarios

El tratamiento centrado en la familia se ha llevado a cabo en diversos escenarios para pacientes ambulatorios como el Programa para Trastornos de Ánimo en Niños y Adolescentes (PTANA) en la Escuela de Medicina de la UCLA; el programa de Servicios Comunitarios de Salud Mental Didi Hirsch en Culver City, California; el Proyecto Familiar de Colorado, en Boulder, Colorado; el programa para Trastornos Bipolares Pediátricos en la Universidad de Stanford; y el programa de Servicios para Niños y Adolescentes Bipolares en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pittsburgh.

El Programa para Trastornos de Ánimo en Niños y Adolescentes de la UCLA se especializa en el tratamiento de adolescentes y niños que se encuentran en el espectro bipolar (bipolar I, bipolar II y trastorno bipolar no especificado de otra forma). El equipo incluye a miembros del cuerpo docente de psicología y psiquiatría, colegas psiquiatras e internos de psicología, terapeutas maritales y familiares, y estudiantes de doctorado en

psicología. La clínica, abierta en enero de 2010, evalúa cada mes a entre 10 y 12 nuevos pacientes y familias.

Variables del cliente

El tratamiento centrado en la familia se lleva a cabo con pacientes con trastornos bipolares (bipolar I, bipolar II o trastorno bipolar no especificado de otra forma) que viven con (o cerca de) sus padres, hermanos o, en el caso de adultos, con sus cónyuges o parejas. Los pacientes pueden ser de cualquier edad. Las familias participantes pueden incluir combinaciones de familiares de los padres y los cónyuges, o los padres divorciados de la persona con trastorno bipolar. En el último caso, se pueden realizar algunas de las sesiones con el paciente y uno de los padres y otras sesiones con el paciente y el otro progenitor.

Los pacientes con trastorno bipolar pueden presentarse maniacos, mixtos, hipomaniacos, deprimidos o en ciclo rápido. Sin embargo, la polaridad del episodio más reciente es un blanco en movimiento -puede cambiar antes de la siguiente reunión con el paciente-. Los pacientes que son maniacos o hipomaniacos, en particular los que presentan elación o grandiosidad, suelen estar en negación acerca de si se encuentran realmente enfermos y creer que el trastorno y su tratamiento sólo son formas en que los demás los controlan. Los pacientes deprimidos pueden estar más motivados para recibir tratamiento psicosocial, pero pueden tener dificultades cognitivas para asimilar el contenido educativo de las sesiones. Los pacientes con un episodio mixto o bipolar de ciclo rápido pueden ser candidatos para el tratamiento centrado en la familia. Cualquiera de esas presentaciones puede requerir intervenciones de emergencia como cambios en los medicamentos u hospitalización durante el tratamiento. Aunque no existen contraindicaciones para ofrecer el tratamiento centrado en la familia a pacientes que han estado en recuperación de sus síntomas por largos periodos, en la experiencia, tanto ellos como los miembros de su familia están menos motivados para el tratamiento que quienes han enfrentado recientemente un episodio del estado de ánimo.

Los pacientes con otros trastornos comórbidos por el consumo de alcohol o de otras drogas plantean un problema especial. Esos pacientes por lo regular son resistentes al tratamiento psicosocial y a los medicamentos. Su diagnóstico también es difícil; los efectos de las drogas o del alcohol pueden imitar el ciclo del trastorno de ánimo. Por lo general, los pacientes con trastornos activos por consumo de drogas son tratados con más éxito sí "dejaron el consumo" antes de iniciar el tratamiento centrado en la familia. A menudo es necesario complementar el tratamiento centrado en la familia con programas de dependencia de sustancias (p. ej., grupos de diagnóstico dual de Alcohólicos Anónimos). No obstante, se ha desarrollado un protocolo para tratar a adolescentes con trastorno bipolar y abuso de drogas (Goldstein, Goldstein y Miklowitz, 2008; Miklowitz, 2012).

Tratamiento farmacológico concurrente

Es necesario que los pacientes sean atendidos al mismo tiempo por un psiquiatra que

supervise sus medicamentos. Por lo general, un régimen incluye un estabilizador primario del estado de ánimo, usualmente carbonato de litio, divalproex sódico o lamotrigina. La elección de esos estabilizadores del estado de ánimo depende en parte de si el paciente presenta episodios definidos de manía eufórica, en cuyo caso suele recomendarse el litio; en el caso de la depresión bipolar cada vez es mayor el uso de la lamotrigina. Cada vez vemos más pacientes tratados con antipsicóticos atípicos (risperidona, quetiapina, aripiprazol, ziprasidona u olanzapina), ya sea como agentes primarios para la estabilización del estado de ánimo o como adyuvantes a los estabilizadores tradicionales del estado de ánimo.

Existe evidencia sólida de que esos agentes son sumamente efectivos en el control de la manía (Scherk, Pajonk Leucht, 2007), y algunos (en particular la quetiapina) también poseen propiedades antidepresivas (Malhi *et al.,* 2009). Esos agentes son de gran valor en los casos en que el paciente se encuentra sumamente agitado o psicótico. En los casos en que la depresión del paciente no remite se recomienda el uso de antidepresivos (p. ej., paroxetina, venlafaxina, bupropión) como adyuvantes de los estabilizadores del estado de ánimo o de los antipsicóticos atípicos, aunque se dan con moderación por el riesgo de pasar de la depresión a estados maniacos, mixtos o de ciclo rápido (Altshuler *et al.,* 1995) y, en los niños, por la preocupación por un ligero incremento en el riesgo de ideación o de conductas suicidas (Vitiello y Swedo, 2004). Sin embargo, existe poca evidencia de que los antidepresivos causen manía entre pacientes con depresión bipolar que son tratados al mismo tiempo con estabilizadores del estado de ánimo o antipsicóticos atípicos (Sachs *et al.,* 2007).

Un principio central del tratamiento centrado en la familia es que el terapeuta familiar debe tener contacto regular con el psiquiatra del paciente, el cual se establece al inicio del tratamiento. La estrecha afiliación entre el equipo de tratamiento psicosocial y farmacológico hace más probable que el paciente mantenga su adhesión al régimen de medicamentos y también disminuye la probabilidad de "división" o tendencia a que un paciente (o incluso los miembros de la familia) tengan un "buen doctor" y un "mal doctor". Por ejemplo, es frecuente que los pacientes se quejen de sus médicos y que digan a los clínicos encargados del tratamiento centrado en la familia, "Me gustaría que usted pudiera supervisar mis medicamentos". Un terapeuta centrado en la familia que tiene contacto regular con el médico del paciente evita esa trampa animando al paciente a tratar esos problemas directamente con el médico.

Algunos pacientes que se niegan a tomar cualquier medicamento asumen que el hecho de acudir a terapia puede sustituir al tratamiento farmacológico. Esos pacientes a menudo tuvieron malas experiencias con la farmacoterapia y los psiquiatras y también es posible que crean que no están enfermos o que su enfermedad puede ser tratada con "medicina alternativa". Por lo general se adopta una postura firme con esos pacientes y no se aceptan en el tratamiento centrado en la familia a menos que se comprometan a seguir la farmacoterapia estándar (por lo general, litio, anticonvulsivos y, o antipsicóticos atípicos). Los pacientes con trastorno bipolar que no son medicados son sumamente propensos a tener recaídas y no es conveniente para ellos que el clínico insinúe que su enfermedad

puede ser manejada sólo con el tratamiento psicosocial.

Variables del terapeuta

En nuestros estudios en UCLA y Colorado, las edades de los terapeutas iban de 23 a 55 años y su experiencia clínica oscilaba entre uno y 30 años. La mayoría tenían posgrado en psicología clínica o eran internos en psicología, becarios en psiquiatría o becarios que hacían un posdoctorado en psicología. Antes de aprender el tratamiento centrado en la familia pocos de ellos tenían experiencia en terapia familiar. En el programa de tratamiento sistemáticos mejorado para el trastorno bipolar utilizado en 15 sitios participaron terapeutas con doctorados y trabajadores sociales cuya experiencia con el tratamiento variaba considerablemente. En otras palabras, no se requiere que un terapeuta centrado en la familia tenga al inicio cierta cantidad de entrenamiento clínico.

Aunque no existen estudios de las variables del terapeuta como predictores del resultado del tratamiento centrado en la familia, nuestra experiencia clínica indica que dos variables influyen en la aceptación de esta intervención. La primera es la habilidad para pensar en una familia o pareja como un sistema en que los integrantes son interdependientes e influyen mutuamente en su conducta. Los terapeutas que tienen problemas con la terapia centrada en la familia suelen tener dificultades para hacer la transición a esta forma sistémica de pensamiento. Por ejemplo, tienden a conducir las sesiones familiares como si fueran sesiones individuales con un paciente y varios observadores. Algunos de esos problemas surgen también al aprender otras formas de terapia familiar.

El segundo predictor positivo es la disposición a pensar en forma *biopsicosocial*, es decir, a considerar que el trastorno bipolar es una enfermedad con base biológica que requiere medicamentos, incluso si sus síntomas son provocados en parte por estresores actuales. Por ende, un terapeuta a menudo debe argumentar a favor de la adhesión del paciente a los fármacos, aunque los problemas psicosociales sean más interesantes y parezcan más apremiantes.

Hemos encontrado que el siguiente protocolo de entrenamiento funciona bien para el aprendizaje del tratamiento centrado en la familia. Primero, los terapeutas asisten a un taller del tratamiento centrado en la familia realizado en un lapso de uno a dos días. Luego empiezan a asistir a sesiones de supervisión de grupo en que observan las sesiones (o escuchan las grabaciones). Leen el manual de tratamiento publicado (Miklowitz, 2008b) y, cuando es pertinente, los manuales adaptados para adolescentes con trastorno bipolar o niños en riesgo del trastorno bipolar. Más tarde sirven como co-terapeutas de terapeutas entrenados en el tratamiento centrado en la familia. Después de tratar dos casos con supervisión estrecha, por lo general están listos para ver familias o parejas de manera independiente o incluso de hacerse cargo del entrenamiento de otros terapeutas.

El modelo de co-terapia, con una larga historia en las publicaciones sobre la terapia familiar (consulte p. ej. a Napier y Whitaker, 1988), posee varias ventajas para el entrenamiento.

Los co-terapeutas pueden mantener en el sendero a sus colegas terapeutas. Además, si

una persona parece sentirse “atacada en grupo” por uno de los clínicos y los otros miembros de la familia, el otro terapeuta puede cerrar la brecha aliándose con este miembro de la familia. El diálogo entre los clínicos durante la sesión modela en forma eficaz las habilidades de comunicación para los integrantes de una familia o pareja.

Evaluación diagnóstica

El diagnóstico del trastorno bipolar es cada vez más común en escenarios comunitarios de hospitalización y ambulatorios. Aunque esto supone un desarrollo positivo dado que en el pasado se le identificaba poco, también existe un elemento de imprecisión en las modernas evaluaciones diagnósticas. En ningún sitio es más evidente esto que en el diagnóstico de niños y adolescentes, a quienes se llama "bipolares" con poca evidencia que lo sustente (Carlson *et al*., 2009). Esta deficiencia de las evaluaciones diagnósticas comunitarias se deriva en parte de las políticas inadecuadas de las agencias de seguros para el reembolso de las fases de evaluación del tratamiento de los pacientes. Para algunos de los pacientes que nos fueron canalizados habría sido más adecuado un diagnóstico del trastorno ciclotímico, trastorno límite de la personalidad o incluso trastorno depresivo mayor. Muchos adolescentes son canalizados con "ataques de ira". Nuestros colegas en la práctica comunitaria a menudo han advertido el mismo problema cuando les son canalizados pacientes que supuestamente tienen el trastorno bipolar.

En cuanto ve a un nuevo paciente, el clínico suele encontrar útil determinar la confiabilidad del diagnóstico con una evaluación formal en que utiliza la totalidad o parte de una entrevista diagnóstica estructurada. Dentro de nuestros protocolos de investigación hemos usado la Versión para el Paciente de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1995) como instrumento de evaluación diagnóstica; puede encontrar una buena descripción de este instrumento en otros trabajos (Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1992). Cuando el paciente es menor de 18 años usamos las Escalas K-SADS para la Evaluación de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia en Niños de Edad Escolar- Versiones Actual y Permanente (K-SADS-PL) en combinación con las Escalas K-SADS para la Evaluación de Depresión y Manía (Axelson *et al.,* 2003; Chambers *et al.,* 1985; Kaufman *et al.,* 1997). Las escalas K-SADS-PL requieren entrevistas separadas con el niño y por lo menos uno de los padres, seguidas por la calificación por consenso de cada reactivo correspondiente a cada síntoma. Esos instrumentos están siendo actualizados para incluir cambios del DSM-5 como la adición del trastorno por disregulación del estado de ánimo disruptivo o la definición más amplia de los trastornos del espectro autista.

Entre los factores que pueden afectar la confiabilidad de los datos obtenidos con la Versión para el Paciente de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV o la escala K-SADS-PL se encuentra el hecho de si el paciente se encuentra estable o en una fase aguda de la enfermedad; en este último caso son menos confiables los reportes que hacen los pacientes de sus síntomas. Por lo general, los pacientes en un estado maniaco minimizan sus síntomas, mientras que los pacientes deprimidos tienden a hacer lo contrario. Los pacientes con el trastorno bipolar también tienen dificultades para hacer reportes retrospectivos; algunas respuestas comunes en las entrevistas diagnósticas son "He tenido más de mil episodios" y "Desde que era un bebé he estado en un estado maniaco-deprimido constante".

Sea que se utilice una entrevista clínica estructurada o abierta, suele ser difícil determinar si la disregulación del estado de ánimo de un paciente y los cambios asociados en la actividad se encuentran en los niveles subsindrómico o sindrómico. Algunos pacientes reportan períodos breves de hipomanía o irritabilidad que alternan con depresiones más severas. Esos períodos breves de activación no siempre alcanzan la duración umbral del DSM para la hipomanía (cuatro días o mas), en especial entre niños y adolescentes. En algunos casos, el paciente se queda "a un síntoma". Algunos de esos pacientes se caracterizan mejor por el trastorno ciclotímico o el trastorno depresivo mayor. Para los niños con síntomas maniacos que no cumplen los criterios de duración o conteo de los síntomas, suele asignarse el diagnóstico de trastorno bipolar no especificado de otra forma.

Hagop Akiskal (1996) recomendó a los clínicos considerar un espectro bipolar más amplio que incluya alteraciones temperamentales centrales como hipertimia (exuberancia, optimismo exagerado, grandiosidad, búsqueda de estímulo, intrusión física con otros) o "distimia sub-bipolar". En el tratamiento centrado en la familia, la ampliación del espectro bipolar para incluir a esos pacientes introduce un dilema: ¿el clínico debe proceder con esos pacientes de la misma forma que con los pacientes con el trastorno bipolar I o II? ¿Cómo educa al paciente y a la familia acerca de los factores que ocasionan episodios maniacos o depresivos si no pueden identificarse episodios discretos? Si un paciente nunca ha tenido un episodio maniaco completo, ¿debe proceder bajo el supuesto de que a la larga el paciente desarrollará la manía de manera espontánea? ¿Se aplican las mismas técnicas de automanejo (p. ej., usar la solución de problemas para resolver o minimizar conflictos familiares)?

Nuestra impresión general es que los pacientes que no pasan por ciclos claros de episodios del estado de ánimo constituyen una población diferente a la de los pacientes con verdadero trastorno bipolar.

Por consiguiente, antes de recomendar un curso de tratamiento centrado en la familia se requiere que exista evidencia de un curso episódico de la enfermedad, incluso a nivel subumbral. No obstante, las intervenciones psicosociales casi seguramente tienen un papel en la estabilización de pacientes con esas presentaciones de amplio espectro, lo que será una dirección importante para la investigación futura.

Gráfica del estado de ánimo

Pedir al paciente que lleve un registro diario del estado de ánimo contribuye a tener claridad sobre el diagnóstico y progreso del paciente en el tratamiento. Uno de esos instrumentos, la Métrica de Ritmos Sociales (Monk, Kupfer, Frank y Ritenour, 1991), pide a los pacientes que documenten diariamente su estado de ánimo en una escala que va de -5 (*Deprimido*) a +5 (*Eufórico/activado*), junto con las rutinas sociales que pueden influir en esos estados de ánimo (p. ej., horarios de sueño-vigilia, ocasiones en que el paciente socializa, la intensidad de estimulación social, los hábitos de ejercicio del paciente y otros factores).

Leverich y Post (1998) desarrollaron un "registro de vida" en que el paciente hace el

seguimiento de las variaciones diarias de su estado de ánimo, medicamentos, estresores y sueño. Los datos de los registros de actividad y estado de ánimo ayudan al clínico y paciente a evaluar de manera colaborativa el tipo de ciclos que experimenta el paciente y el grado en que los estresores sociales contribuyen a las fluctuaciones en el estado de ánimo. La figura 11-1 es un ejemplo de una gráfica del estado de ánimo; note el ciclo del trastorno en relación con estresores sociales específicos y patrones de sueño reportados por el paciente. En este ejemplo, un estresor (la enfermedad de una mascota) se asocia con alteración del sueño y la aparición de síntomas de un estado de ánimo mixto a un nivel subsindrómico.

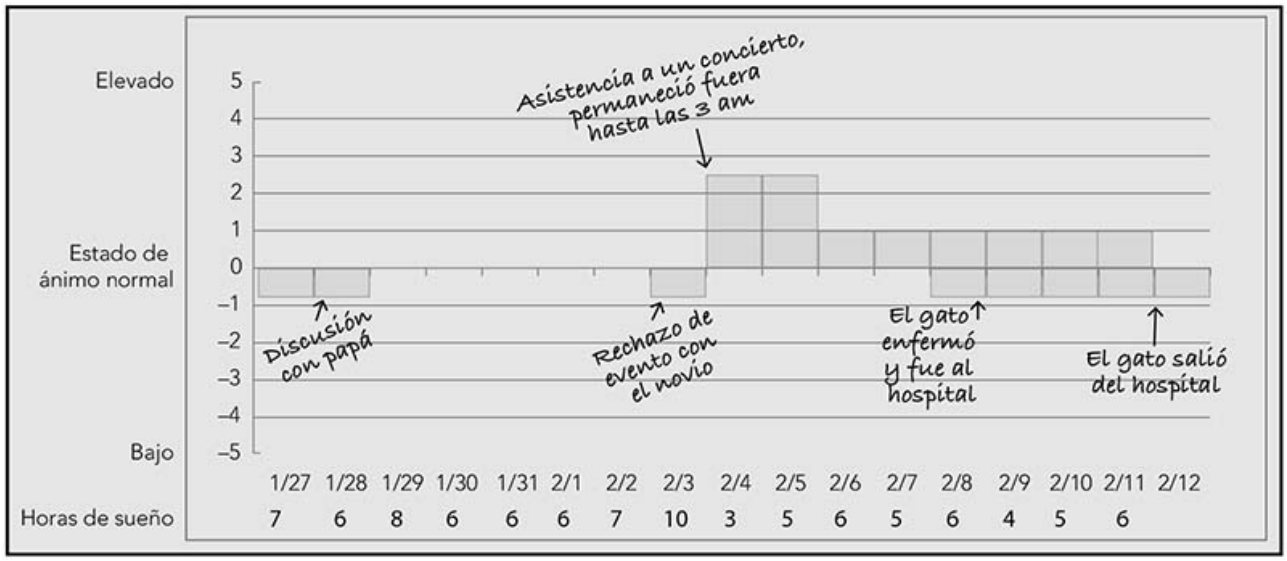


Figura 11-1. Ejemplo de una gráfica del estado de ánimo calificada por el paciente.

Evaluaciones familiares

El tratamiento centrado en la familia empieza con una evaluación exhaustiva de las actitudes y conductas de la familia para identificar los blancos de la intervención. Los estudios de investigación en UCLA empezaron con la Entrevista Familiar de Camberwell, el instrumento para evaluar la emoción expresada. Esta entrevista, realizada por lo general cuando el paciente se encuentra en una fase sintomática aguda, se enfoca en el periodo de los tres meses anteriores, lo que por lo general incluye las fases prodrómicas del desarrollo de los síntomas. La entrevista arroja respuestas a las siguientes preguntas: ¿cuál es el nivel actual de tensión en la casa y en la relación entre familiar y paciente? ¿Qué conductas del paciente están provocando los estímulos para las peleas u hostilidad familiar? ¿Los miembros de la familia entienden que el paciente tiene un trastorno bipolar o es probable que atribuyan las conductas negativas del paciente a factores internos o controlables?

Un problema con el método de emoción expresada y la Entrevista Familiar de Camberwell es la dificultad para exportarla a escenarios de atención comunitaria. Las

entrevistas con ambos padres pueden llevarse un total de tres horas y la codificación de las grabaciones de la entrevista añade seis horas persona por familia. Si el propósito del clínico no es tanto la investigación como la planeación del tratamiento, puede emplear un instrumento de autorreporte como la Escala de Crítica Percibida (Hooley y Teasdale, 1989). Este instrumento pide al paciente que califique, en una escala de 1 a 10 puntos, el grado en que sus familiares cercanos expresan comentarios críticos hacia él y el grado en que él hace comentarios críticos hacia sus familiares. Se revisa la validez predictiva de esta escala en una muestra de 360 adultos bipolares seguidos durante un año (Miklowitz, Wisniewski, Miyahara, Otto y Sachs, 2005). El grado en que los pacientes dijeron sentirse molestos o angustiados por las críticas de sus familiares fue un fuerte predictor de sus niveles de depresión durante un periodo prospectivo de un año. Curiosamente, la **cantidad** de críticas que percibían de sus familiares no fue significativa para el pronóstico.

En los protocolos de investigación por lo general se incluye a la familia para una evaluación de la interacción antes de iniciar el tratamiento. Primero, cada miembro, incluyendo al paciente, identifica uno o varios temas problemáticos para la familia. Luego la familia discute uno o más de esos temas mientras el clínico observa a través de una cámara de Gesell. Las transcripciones de esos periodos de 10 minutos para la solución de problemas pueden codificarse luego usando manuales como el Sistema de Categorías para la Codificación de Interacciones de la Pareja (Hahlweg *et al*., 1989) o la Evaluación Global del Funcionamiento de la Relación (Deutsch, Miklowitz y Richards, 1996).

El clínico también puede confiar en simples observaciones de las conductas de comunicación y solución de problemas de la familia para conformar los módulos de entrenamiento de habilidades del tratamiento centrado en la familia. Para citar a Yogi Berra, "Puedes observar mucho con sólo mirar". Primero, muchos familiares o pacientes son incapaces de enfocarse en un solo problema y en lugar de ello "intercambian quejas" o acusan a otros miembros de la familia para contrarrestar las acusaciones que reciben. Algunos participan en ciclos de ataque-contraataque. Para cualquier familia particular el clínico debe identificar primero la forma que adoptan esos intercambios; qué relaciones involucran de díadas o tríadas; las áreas de contenido que disparan los intercambios (p. ej., hábitos de consumo de los medicamentos, independencia, límites interpersonales); y si otros miembros de la familia son capaces de detener esos ciclos antes de que salgan de control. ¿Quién critica a quién y con qué frecuencia? ¿Cómo responde la persona blanco? ¿Se resolvió siquiera el problema original? ¿Qué tan claro (o desorganizado) es el discurso de los pacientes o familiares?

Psicoeducación

La tabla 11-2 resume los campos temáticos cubiertos en el tratamiento centrado en la familia. El inicio del módulo de psicoeducación del tratamiento centrado en la familia requiere tres condiciones. Primero, el paciente debe estar viendo a un psiquiatra y haber empezado un régimen de medicamentos. Segundo, debe haberse completado una evaluación diagnóstica. Tercero, el paciente debe ser capaz de tolerar las sesiones familiares. No se requiere que el paciente se encuentre en remisión o recuperación.

Tabla 11-2. Tratamiento centrado en la familia: esquema estructural y temático

I. Psicoeducación

Los síntomas y curso del trastorno bipolar
- Los indicios y síntomas de (hipo)manía y depresión
- El desarrollo del episodio más reciente del estado de ánimo
- El papel de los sucesos de la vida en el episodio más reciente
- El curso del trastorno a lo largo del tiempo

La etiología del trastorno bipolar
- El modelo de vulnerabilidad-estrés
- La función del estrés
- Predisposiciones genéticas y biológicas
- Factores de riesgo y protección en el curso del trastorno

Intervenciones y automanejo
- Llevar un registro del estado de ánimo
- Tipos de medicamentos
- Tipos de tratamientos psicosociales
- Cómo puede ayudar la familia
- Automanejo del trastorno
- Entrenamiento de prevención de recaídas

II. Entrenamiento de habilidades para mejorar la comunicación
- Expresión de sentimientos positivos
- Escucha activa
- Hacer peticiones positivas de cambio
- Expresión de sentimientos negativos

III. Entrenamiento de habilidades de solución de problemas
- Definir los problemas
- Generar soluciones
- Evaluar ventajas y desventajas
- Elegir una solución o una combinación de soluciones
- Desarrollar un plan para llevarlas a cabo
- Revisar el estatus del problema

En las siete o más sesiones semanales que integran el módulo de psicoeducación, los participantes (los pacientes y sus familiares cercanos) se familiarizan con los síntomas del trastorno bipolar; la forma en que se desarrollan los episodios; el papel de la genética, biología y el estrés; los tratamientos farmacológicos; y el papel de las estrategias de manejo del estrés.

Sesiones iniciales: proporcionar una lógica

Como en casi todas las formas de terapia, el clínico empieza por explicar la lógica del tratamiento centrado en la familia. Muchos participantes preguntan por qué es necesario que las sesiones de familia o de pareja acompañen a los medicamentos para que un paciente se ajuste a un episodio reciente del trastorno bipolar. El "modelo de reingreso" (Miklowitz, 2008b, p. 104) es particularmente útil para orientar a los pacientes:

> Un episodio del trastorno del estado de ánimo puede ser bastante traumático para todos los miembros de la familia… En el trastorno bipolar, cuando la persona regresa a casa y empieza la recuperación, existe un periodo de "redescubrimiento" en que todos deben llegar a conocerse de nuevo y en que todos tratan de entender lo sucedido. Se trata de un tiempo difícil para cualquier familia, parte del propósito aquí es lograr que este periodo de "redescubrimiento" sea menos perturbador para todos ustedes. Durante este año nos gustaría lograr que ustedes, como familia, volvieran a ser como eran antes de que _____ enfermara. Queremos darles algunas herramientas para lidiar con este período de recuperación.

Esta introducción tiene dos propósitos. Primero, comunica a los miembros de la familia que sus reacciones emocionales a la enfermedad del paciente -incluso si son bastante negativas- son normales y de esperar. Segundo, implica que la terapia incluirá exploración y aclaración de las reacciones emocionales de los participantes a la información sobre el trastorno. Esta característica de la terapia puede hacerse incluso más explícita.

> Si experimenta sentimientos cuando se revisa este material, también se deben exponer. Estamos interesados en saber cómo se aplica este material a usted y a sus experiencias. Puede estar o no de acuerdo con parte de los materiales que presentamos… El propósito de enfocarnos en este material es poner sus experiencias en un contexto en que tengan sentido (p. 110)

A continuación se da un anticipo del tratamiento:

> Vamos a trabajar con ustedes en dos niveles diferentes. Uno se relaciona con animar el trabajo regular de _____ con su psiquiatra a fin de que pueda estabilizar su consumo de medicamentos. El segundo tiene que ver con la forma en que ustedes, como familia, pueden minimizar el estrés… Pensamos que existen varias formas de hacerlo, incluyendo el hecho de familiarizarlos con la información relacionada con el

trastorno bipolar y de trabajar con ustedes para mejorar su comunicación y solución de problemas entre sí. Esas estrategias deben aumentar las posibilidades de que _____ tenga una buena recuperación y ayudarles como familia a afrontar el trastorno. ¿Qué opinan de esto? (p. 107)

Síntomas del trastorno bipolar

El tratamiento centrado en la familia procede con una serie de folletos que se utilizan como estímulos para generar discusiones familiares o de pareja. Esos folletos contienen descripciones e ilustraciones de los síntomas de los episodios maniaco, hipomaniaco o depresivo. Su propósito no es que los participantes memoricen los criterios de diagnóstico, sino brindar un punto de partida para desestigmatizar la enfermedad y romper los tabúes familiares que impiden hablar de ella. Se pide al paciente que revise la lista y describa a sus familiares cómo se siente cuando se encuentra eufórico, irritable, incapaz de dormir, o activado por pensamientos acelerados o planes grandiosos. De igual modo, los familiares describen las conductas que observan cuando el paciente entra en un estado de manía o hipomanía. Se establece un diálogo similar para los síntomas de la depresión. Considere el siguiente diálogo entre una paciente, la madre, el padre y el terapeuta.

PACIENTE: Bueno, la cosa es, está la manía y luego la hipomanía. Cuando estoy maniaca, de verdad debería ser hospitalizada. Controlo el clima, soy famosa. Cuando estoy hipomaniaca, bueno, puedo pasar a eso por un exceso de estrés, demasiada cafeína y estoy toda acelerada…

MADRE: Sé cuando está drogada porque empiezo a molestarme mucho con ella. Ella me provoca.

PADRE: Y tiene esa mirada, y dice que no la escuchamos…

PACIENTE: ¡Pero es que no me escuchan! ¡Es cuando resulta más probable que me desconecten!

TERAPEUTA: Por ahora vamos a detenernos aquí, en lo de escuchar. Es muy importante y ciertamente es algo en lo que nos enfocaremos conforme avancemos. Pero ¿qué otra cosa advierten cuando se pone maniaca o hipomaniaca? (*Reorienta el foco de atención)* .

PACIENTE: Me vuelvo un poco, bueno, reactiva… lo experimento todo de manera muy intensa, pero vea, ellos saben que así soy yo.

Advierta los temas que surgen en esta discusión de los síntomas y su relación con los seis objetivos del tratamiento centrado en la familia descritos en la tabla 11-1. La vulnerabilidad de la paciente a las recurrencias se hace explícita en la identificación que hace la familia de los indicios prodrómicos de sus episodios. La paciente señala el papel de la comunicación familiar alterada. Alude a cuestiones sobre si algunos de sus síntomas (como la intensidad y reactividad) sólo son rasgos de su personalidad. Existe una discusión inicial de los factores de estrés que pueden jugar un papel en la activación de

sus episodios.

Modelo de vulnerabilidad-estrés y la encuesta de eventos de la vida

Al inicio de la psicoeducación los clínicos familiares presentan un fuerte argumento a favor de las influencias conjuntas del estrés, los desequilibrios biológicos del cerebro y la vulnerabilidad genética en el curso de la enfermedad bipolar. Se proporciona un folleto que ilustra esas interacciones entre vulnerabilidad y estrés y se revisan varios factores de riesgo y protección. Por ejemplo, se advierte al paciente y a los familiares del impacto de una "mala higiene del sueño" (es decir, tener horarios irregulares, horas impredecibles para ir a la cama); consumo de alcohol y drogas; intercambios familiares estresantes; e interacciones interpersonales provocadoras y excesivamente estimulantes. Se les anima a hacer uso de los factores de protección disponibles (p. ej., apoyos sociales), y a ayudar al paciente a mantener la adhesión a su régimen de farmacoterapia. Se explican los propósitos de los diversos medicamentos del paciente y, cuando es pertinente, se analiza el papel de la supervisión de los niveles sanguíneos. Al describir los factores de protección se hace hincapié en la importancia de mantener un bajo nivel de conflicto en el ambiente familiar y expectativas razonables del desempeño del paciente durante el periodo de recuperación. En la siguiente viñeta el clínico recuerda al paciente y a su madre que la depresión no es lo mismo que falta de esfuerzo, y que debe esperarse un periodo de recuperación antes de recobrar el estatus ocupacional previo a la enfermedad.

TERAPEUTA: (*dirigiéndose a Gary, el paciente*). Creo que no puede esperar mucho aún. Todavía se está recuperando de su episodio. Puede llevarse algún tiempo para reencaminarse.

MADRE: ¿Cuánto tiempo? Ha estado así por un rato.

TERAPEUTA: Entiendo que es frustrante, pero debe considerarlo como un periodo de convalecencia. Cuando alguien ha tenido un resfriado muy fuerte, puede necesitar uno o dos días más en cama para recuperarse del todo. En el caso del trastorno bipolar, este periodo puede ser en promedio de tres a seis meses. Pero, Gary, con su tratamiento de medicamentos y nuestras sesiones familiares, así como el hecho de que ha conservado sus amistades, tengo la expectativa de que podrá recuperarse y regresar al trabajo.

En este caso el clínico brinda esperanza, pero no ofrece una imagen color de rosa del futuro. A menudo la familia ha pasado antes por esos episodios y un clínico que ofrece una visión excesivamente optimista del futuro será descartado como poco realista.

Describir la biología y la genética del trastorno es crucial para justificar el papel de los medicamentos. Sin embargo, no es necesario que el clínico entre en detalles sobre la neurofisiología del trastorno. Más bien, puede empezar por pedir a los participantes que revisen su genealogía familiar y que hablen sobre otras personas de la familia que hayan tenido episodios de depresión o manía. Al revisar esta historia se dice a la familia que la vulnerabilidad al trastorno bipolar puede adoptar muchas formas, incluyendo depresión mayor sin manía, alcoholismo, suicidio y distimia. A continuación, el clínico explica las ideas detrás de la desregulación neural en el trastorno bipolar.

> "Sabemos que la gente con trastorno bipolar tiene problemas para regular sus estados emocionales, de sueño y activación, todos los cuales son regulados por el sistema límbico, un importante circuito en el cerebro. Creemos que en la manía, el sistema límbico se activa en exceso y que la corteza frontal (el "ejecutivo" del cerebro) ya no es capaz de hacer su trabajo. Es como tener el pie sobre el pedal del acelerador cuando no funcionan los frenos. Cuando una persona se deprime, el sistema deja de funcionar y la actividad de los circuitos disminuye. Esos cambios en la actividad cerebral no pueden ser controlados por medio de esfuerzos conscientes, pero los medicamentos que toma contribuyen a equilibrar la actividad de su sistema nervioso".

Cuando los miembros de la familia empiezan a atribuir las conductas aversivas del paciente a la voluntad (el "error fundamental de atribución"), el clínico les recuerda la existencia de la desregulación nerviosa. Pero también debe desalentarse a la familia y al paciente de hacer demasiado hincapié en la naturaleza biológica del trastorno, al grado de ignorar los factores de estrés como los conflictos familiares antiguos.

En otras palabras, no se saca del todo al paciente del apuro: se le anima a estar atento a cuando inicia discusiones con los miembros de su familia y a determinar si sus reacciones a esos conflictos reflejan un estado de síntoma no resuelto o el resurgimiento de conflictos que eran problemáticos incluso antes de que enfermara.

El folleto que describe los cambios que pueden haber ocurrido en la vida cuando se desarrollaba el episodio puede contribuir a esclarecer los desencadenantes del estrés del episodio más reciente. Algunos de esos cambios son bastante severos y negativos (p. ej., la muerte de un padre); otros son leves pero pueden haber provocado cambios en los ciclos de sueño-vigilia (p. ej., tomar vacaciones). El clínico involucra a la familia o la pareja en una discusión sobre qué estresores pueden haber provocado el episodio actual del paciente, con la advertencia de que los desencadenantes de la manía y la depresión pueden ser muy diferentes. No es fundamental que los participantes estén de acuerdo con una causa única del episodio más reciente, pero estar al tanto de que los episodios del estado de ánimo son afectados por factores tanto ambientales como neurobiológicos les resulta benéfico.

Simulacro de la recaída

Hacia el final de la psicoeducación, la familia y el paciente pasan por la primera exposición a la solución de problemas. La tarea es revisar los indicios prodrómicos de un episodio en desarrollo y dar los pasos necesarios para evitar una recaída completa. Para impedir la recaída del paciente en manía o depresión, se pide a los participantes que generen cursos alternativos de acción como organizar servicios psiquiátricos de emergencia (p. ej., llamar al psiquiatra del paciente) o introducir ejercicios de activación conductual (p. ej., ayudar al paciente deprimido en la programación de más actividades al exterior durante el día). Se pide a cada miembro de la familia que se encargue de una función en el plan de prevención de recaídas. Por ejemplo, en algunas familias puede

tener sentido que uno de los padres entre en contacto con el médico; en otras el paciente puede desear la primera oportunidad de hacerlo. Se sugiere a la familia o la pareja que dejen en un lugar de fácil acceso los números telefónicos de emergencia de personas de contacto, incluyendo a los clínicos familiares.

Lidiar con la resistencia al concepto de enfermedad

Los pacientes con trastorno bipolar a menudo tienen fuertes reacciones a los materiales psicoeducativos, lo mismo que los miembros de su familia. Esos materiales requieren que los participantes reconozcan al trastorno bipolar como una enfermedad que eventualmente volverá a presentarse. Los pacientes más jóvenes son particularmente propensos a rechazar la noción de una enfermedad recurrente, sobre todo si todavía se encuentran en una fase de hipomanía en que se sienten poderosos y en control, y experimentan la idea de tener una enfermedad como llevar grilletes. Además, conocen muy bien el estigma asociado con el trastorno bipolar o con cualquier otro diagnóstico psiquiátrico, y temen que su conducta sea etiquetada como la de una persona loca. La resistencia también puede presentarse en los miembros de la familia. Los familiares de los pacientes deprimidos son dados a pensar que el trastorno es resultado de la obstinación y no creen que sea producto de desequilibrios bioquímicos. La resistencia de un miembro suele asociarse con intensos conflictos familiares.

La aceptación de un trastorno psiquiátrico es un proceso doloroso para pacientes y familiares. A menudo los materiales psicoeducativos generan preguntas como "¿Por qué a mi? ¿Por qué ahora? ¿Qué tipo de vida voy a tener? ¿A partir de ahora la gente va a tratarme como a un enfermo mental? ¿Alguna vez volveré a ser normal?" Los familiares también se hacen preguntas dolorosas como "¿Voy a tener que cuidarlo siempre? ¿Desaparecieron mis sueños para él/ella?" Cuando se hacen esas preguntas, algunos pacientes responden con la "subidentificación" o negación de la realidad del trastorno, o bien reconocen superficialmente la enfermedad pero llevan una vida como si no fuera real.

Otros la "sobreidentifican" y se ponen límites innecesarios. Por ejemplo, una mujer evitaba las relaciones románticas por considerar que "nadie querría estar cerca de ella por los cambios en su estado de ánimo". De igual forma, los miembros de la familia pueden negar la realidad del trastorno o, en contraste, supervisar en exceso el estado de salud del paciente y tratar de limitar su conducta de manera innecesaria. El conflicto familiar llega a un máximo cuando los estilos de afrontamiento son incompatibles, como cuando los pacientes subidentifican y los familiares sobreidentifican o a la inversa.

En el tratamiento centrado en la familia los clínicos proceden con sensibilidad a los dolorosos problemas emocionales que subyacen a esas reacciones a la enfermedad. Un método para lidiar con esas reacciones consiste en predecir la negación y replantearla como señal de salud. Por ejemplo, considere a un joven con hipomanía que aceptó tomar medicamentos pero niega estar enfermo y cuyos padres controlan y supervisan excesivamente su conducta. En el caso de este joven el clínico podría decir:

"Aunque aprecio que esté tomando el medicamento y que siga el plan de tratamiento, voy a suponer que no siempre querrá hacerlo.
Es probable que tenga algunas preguntas sobre si su diagnóstico es correcto o si tendrá más síntomas. Puedo entender la razón de esas preguntas. Aceptar que se tiene un trastorno bipolar -o de hecho cualquier enfermedad- es un proceso muy doloroso que puede ser difícil aceptar. Esta es una lucha normal y saludable. Entonces, mientras revise el material tendrá algunas reacciones y sentirá que no es relevante para usted. Me gustaría que, de tener esas reacciones, acepte plantearlas de modo que podamos discutirlas".

Note que esta intervención tiene un sabor paradójico, aunque el clínico no llegó a animar la resistencia o el desacuerdo del paciente con el diagnóstico. Más bien replanteó la negación como algo sano y que era de esperar, y la relacionó con una lucha emocional subyacente.

Una segunda forma de intervenir es mediante la "extensión de la aflicción". Ser etiquetado como enfermo mental coloca a una persona en una posición de desventaja en relación con otros miembros de la familia, incluyendo los hermanos con los que ya se ha sentido en competencia. Un posible efecto secundario de la psicoeducación es la exageración de esos problemas familiares estructurales. Para evitar esta trampa el clínico puede animar a otros miembros de la familia a discutir sus experiencias con la depresión, la ansiedad u otros problemas. Este proceso permite normalizar los problemas del estado de ánimo y a sacar al paciente del "punto de mira".

La siguiente viñeta involucra a Josh, un joven de 25 años con un episodio maniaco reciente. Él reaccionó con energía porque pensó que todos le decían que "estaba fuera de sus cabales". De acuerdo con Josh, todo lo que había hecho era "parrandear demasiado". Durante una de las sesiones de psicoeducación, su padre admitió que había tenido un episodio depresivo en la universidad.

TERAPEUTA: Josh, parece que reaccionó a algo en cuanto hablé del trastorno bipolar. ¿Se ofendió?

JOSH: Ni idea. No fue nada que usted dijera; es sólo que estoy cansado de ser el único de la familia que tiene problemas.

TERAPEUTA: ¿Eso es cierto? ¿Alguien más en la familia ha tenido alguna vez problemas con la depresión o con lo que hemos llamado manía?

PADRE: (*pausa*). Yo los tuve y le he hablado a Josh de eso. ¿Recuerdas lo que te conté sobre la universidad?

JOSH: (*taciturno*). No lo sé. ¿Por qué no nos pones al tanto?

PADRE: Pasé por un largo periodo en que no podía dormir ni comer, y tampoco podía estudiar. Abandoné la universidad por un semestre.

La sesión se enfocó luego en el padre y su historia de depresión. Reveló una historia de psicosis que involucraba pensamiento delirante. Aunque al principio el paciente se mantuvo silencioso, en las discusiones siguientes se mostró más cooperativo y más dispuesto a hablar sobre el estigma que sentía por la etiqueta de la enfermedad.

Un tercer método para lidiar con la resistencia implica hacer analogías con los trastornos médicos. El paciente y la familia se sentirán menos estigmatizados por la enfermedad si pueden verla en el continuo de otras enfermedades físicas crónicas. La diabetes y la hipertensión suelen ser buenas comparaciones, sobre todo porque esos casos se aplica también la influencia del estrés.

> "El trastorno bipolar involucra desequilibrios biológicos muy parecidos a los observados en la hipertensión, y es afectado por el estrés en forma muy parecida. La mayoría de la gente tiene cambios en la presión sanguínea cuando sucede algo estresante; pero los hipertensos son vulnerables a cambios extremos en su presión sanguínea. De la misma manera, la mayoría de la gente tiene cambios en el estado de ánimo cuando sucede algo importante, pero las personas con trastorno bipolar operan en extremos mayores".

Al hacer esas analogías el clínico valida los sentimientos del paciente acerca del estigma social:

> "Aunque existen algunas similitudes con enfermedades como la hipertensión, es más difícil vivir con trastorno bipolar porque la gente suele temerlo y no sabe lo que significa. Piensa que usted hace las cosas a propósito, debe tomarse el tiempo para informar a otras personas (en particular a las que son más importantes para usted) y explicarlo de una forma que no les dé miedo".

Entrenamiento de habilidades para mejorar la comunicación

El segundo módulo del tratamiento centrado en la familia, el entrenamiento de habilidades para mejorar la comunicación, empieza aproximadamente en la octava sesión y dura alrededor de siete u ocho sesiones (cinco sesiones semanales seguidas de dos o tres sesiones quincenales). El entrenamiento de habilidades para mejorar la comunicación es orientado por dos supuestos. Primero, la comunicación familiar aversiva es una secuela común de un episodio de una enfermedad psiquiátrica y en gran medida refleja malestar dentro de la familia o la pareja en los intentos de los miembros para enfrentar el trastorno.

Segundo, el entrenamiento de habilidades puede disminuir la frecuencia de la comunicación aversiva.

El entrenamiento de habilidades para mejorar la comunicación utiliza un formato de juego de roles para enseñar a los pacientes y a sus familiares cuatro habilidades de comunicación: expresión de sentimientos positivos, escucha activa, hacer solicitudes positivas de cambios en las conductas de otros y dar retroalimentación negativa. Esas habilidades son fundamentales en el enfoque conductual del manejo familiar de la

esquizofrenia propuesto por Falloon y colaboradores (1984) y por Liberman, Wallace, Falloon y Vaughn (1981). El grado en que cada una de esas habilidades predomina los ejercicios de juego de roles varían de acuerdo con las evaluaciones familiares realizadas antes. El tratamiento de una familia en que predominan conflicto acalorado y actitudes de elevada emoción expresada puede enfocarse en formas adaptadas en que los participantes puedan solicitar cambios en las conductas de los demás. El tratamiento de una pareja emocionalmente desapegada puede enfocarse en la retroalimentación positiva y en habilidades de escucha para persuadir a los integrantes a experimentar una relación más independiente.

El módulo empieza con una explicación del método de entrenamiento de habilidades para mejorar la comunicación para la familia.

Una persona puede estar en riesgo de otra recaída del trastorno bipolar si el ambiente del hogar es tenso. La buena comunicación y la solución de problemas pueden estar entre los "factores de protección" contra el estrés de los que se hablaron antes. Para un familiar cercano, el aprendizaje de habilidades eficaces de comunicación puede ser una forma de disminuir la tensión y mejorar las relaciones familiares… Queremos ayudarlos a comunicarse de la manera más clara y menos estresante posible… Les vamos a pedir que giren sus sillas y practiquen nuevas formas de hablar entre ustedes (Miklowitz, 2008b, pp. 208).

Note que el tratamiento de habilidades para mejorar la comunicación está relacionado con dos de los seis objetivos del programa principal de tratamiento: ayudar a los participantes a afrontar los desencadenantes del estrés y restablecer las relaciones familiares funcionales después de un episodio de la enfermedad. Las dos primeras habilidades, retroalimentación positiva y escucha activa, por lo general fomentan un sentimiento de colaboración entre los miembros de la pareja o de la familia. En contraste, las habilidades de hacer solicitudes positivas de cambio y dar retroalimentación negativa están más orientadas al conflicto y sólo se introducen cuando los participantes se acostumbraron al formato de juego de roles y repaso conductual.

Para cada habilidad el clínico entrega a los participantes un folleto que enumera los componentes de la habilidad (p. ej., para la escucha activa: hacer buen contacto visual, asentir con la cabeza, pedir aclaración de las preguntas, parafrasear o verificar lo que se escuchó). Luego los clínicos modelan la habilidad para la familia. Por ejemplo, el clínico podría elogiar a un miembro de la familia por su cooperación con el tratamiento, o modelar la escucha efectiva mientras otro miembro de la familia habla sobre un problema. Después de introducir y modelar la habilidad, se pide a los participantes que la practiquen entre sí, con la asesoría y moldeamiento del clínico. Por lo general, el terapeuta asesora a un participante a la vez sobre las formas apropiadas de usar una determinada habilidad, y se solicita activamente la retroalimentación de otros miembros de la familia. Después se pide al hablante o al escucha que intenten de nuevo la habilidad hasta que se hayan aproximado a su uso. La generalización del proceso de aprendizaje a los escenarios del hogar y el trabajo es facilitada mediante la asignación de una tarea en que los participantes deben llevar un registro escrito de sus esfuerzos por usar las

habilidades entre sesiones.

Muchas veces las habilidades son más difíciles de lo que parecen. Considere el caso de Jessie, una mujer de 38 años con trastorno bipolar que tuvo varios episodios de manía psicótica y que también presenta un nivel límite de discapacidad intelectual. La mujer trabajaba medio tiempo en la envoltura de regalos de una tienda departamental. Jessie trataba de mudarse a su propio apartamento y requería ayuda para encontrar un camión de mudanza. Se le enseñó a hacer solicitudes positivas a su padre, con quien vivían ella y su hermana.

TERAPEUTA: Tal vez ese sea un buen tema para hacer una petición a su papá. ¿Puede revisar este manual de "Solicitudes positivas" y usar esos pasos para pedir a su papá que la ayude a mudarse?

PADRE: No voy a ayudar. ¡No hay nada que mudar porque no ha empacado una sola caja! (*Risas*).

JESSIE: Bueno, dame las malditas cajas y lo haré.

TERAPEUTA: (*deteniendo el intercambio*) ¿Cree que pueda pedirle a su papá algo específico, por ejemplo, que la ayude a encontrar una empresa de mudanzas?

JESSIE: (*Mirando a su padre con una sonrisita de suficiencia*). Papá, ¿me ayudarás a encontrar una empresa de mudanzas? (*Risas nerviosas*).

PADRE: (*más serio*) Tú no… No estás mirando esto (*Señala el folleto*). Se supone que debes decir, "Agradecería si pudieras…"

JESSIE: (*Se encoge de hombros*). Está bien ¡Agradecería si pudieras! Dame un número telefónico. Por favor.

TERAPEUTA: (*Después de una pausa*). Bueno, esta vez lo logró en parte Jessie. Papá, ¿Qué le gustó de lo que acaba de decirle?

PADRE: (*sarcásticamente*). Vaya, toda la sinceridad.

JESSIE: (*Risas nerviosas*)

TERAPEUTA: Bueno, si no le importa, ¿puede mostrarnos cómo podría decírselo?

PADRE: Algo como "Te agradecería si puedes conseguirme esos números telefónicos. Eso me ayudaría mucho a planear mi mudanza".

TERAPEUTA: Buen trabajo, papá. Jessie, ¿qué le gustó o no le gustó de lo que hizo su papá?

JESSIE: Siguió la hoja. Hizo todas las cosas que usted dijo.

TERAPEUTA: Cierto, pero usted no tiene que decirlo exactamente como él lo hizo. Puede hacerlo a su manera. ¿Cree que puede tratar de hacerlo una vez más?

JESSIE: (*Susurros, risas nerviosas*).

TERAPEUTA: Sé que es difícil estar en el punto de mira. Pero lo está haciendo bien. Siga intentando.

JESSIE: Papá, ¿podrías conseguirme los números telefónicos de la gente de mudanza? Te lo agradecería. De esa forma yo podría… No tendría que preocuparme por la mudanza y, bueno, sólo agradezco tu ayuda.

TERAPEUTA: Eso estuvo muy bien, Jessie. Papá, ¿qué le pareció esta vez?

PADRE: (*un poco vacilante*). Eso estuvo mejor. Tuvo mucho más sentido.

Esos tipos de habilidades son más difíciles de aprender si el paciente está altamente sintomático y, o presenta deterioro cognitivo o si el nivel de conflicto en la familia es tan grave que no pueden darse conversaciones productivas. Esta paciente se encontraba en un estado moderado de hipomanía y sus recursos intelectuales eran limitados. Obviamente el entrenamiento de habilidades le resultaba difícil y la ponía nerviosa. Sin embargo, con paciencia y práctica, Jessie pudo adoptar algunas de las habilidades de comunicación y su relación con el padre mejoró gradualmente. Su padre, quien a menudo se mostraba bastante crítico, se convenció cada vez más de que su funcionamiento limitado era resultado del trastorno bipolar y no de su falta de esfuerzo, como había creído previamente.

El manual del tratamiento centrado en la familia (Miklowitz, 2008b) describe a familias de "mecha corta". Esas familias empiezan con discusiones aparentemente inocuas que escalan con rapidez en intercambios llenos de enojo, críticas u hostilidad. Nuestra investigación indica que suelen ser familias o parejas con una elevada emoción expresada, aunque no invariablemente (Simoneau *et al.,* 1998). Nos ha sorprendido que familiares que en la Entrevista Familiar de Camberwell de la Emoción Expresada parecían benignos y comprensivos con el cliente se volvían muy agresivos y beligerantes al enfrentar al paciente en una interacción cara a cara. No fue sorprendente que la probabilidad de que esto ocurriera aumentaba considerablemente si el paciente se muestra hipomaniaco e irritable. Las familias de mecha corta por lo general tienen dificultades en el entrenamiento de la comunicación porque las emociones de los participantes se salen de control con rapidez (vea el caso presentado más adelante). Pero puede lograrse mucho adecuando el entrenamiento de habilidades a los estilos naturales de la familia. Por ejemplo, el terapeuta puede alentar a los participantes a utilizar las habilidades de escucha activa durante sus discusiones. Después de un intercambio negativo entre una pareja, el clínico dijo:

> "Me parece que es una discusión importante. Son una pareja a la que le gusta hacer sus cosas del conocimiento público. Pero me temo que están perdiendo de vista las opiniones del otro. De modo que veamos si podemos hacer que esto sea más productivo. Quiero que cada uno de ustedes parafrasee las afirmaciones del otro antes de presentar el siguiente argumento, como hicimos en los ejercicios de escucha activa. Además, ¿por qué no giran las sillas de modo que estén cara a cara y les resulte más sencillo hacer contacto visual?

Advierta de nuevo el uso del replanteamiento. Es mejor seleccionar la dinámica regular de la pareja o familia (a menos claro que sea abusiva o intimidante) como una manera adaptada de afrontamiento que requiere modificación, en lugar de etiquetar a esas dinámicas como "malas" o "disfuncionales".

Una familia de mecha corta también puede hacer buen uso de los ejercicios de

solicitudes positivas de cambio o de retroalimentación negativa en que los integrantes hacen sugerencias constructivas sobre aspectos específicos de la conducta de cada uno (p. ej., "No me gusta cuando me hablas en forma condescendiente sobre mis hábitos de salud") y ofrecen sugerencias de cómo podrían mejorarse esas conductas (p. ej., "Podrías poner más atención a tu tono de voz"). Esos ejercicios suelen preparar las condiciones para la solución de problemas, el módulo final del tratamiento centrado en la familia.

Entrenamiento de habilidades de solución de problemas

Las familias de pacientes con trastorno bipolar suelen tener dificultades con la solución de problemas, en especial si el paciente ha estado enfermo recientemente (p. e., Simoneau *et al.,* 1998). Los problemas de la familia para ajustarse a las fases posteriores al episodio del trastorno bipolar parecen caer en una de cuatro categorías: no adhesión a los medicamentos, dificultades para retomar los roles laborales y sociales previos, reparación del daño financiero y social causado durante los episodios maniacos ("Arruinar la vida") y los conflictos en la relación y las situaciones de vivienda.

En el tratamiento centrado en la familia, la solución de problemas tiene tres propósitos: (1) iniciar un diálogo entre los miembros de la familia sobre temas de conflicto; (2) brindarles un contexto en el cual puedan compartir sus reacciones emocionales a esos problemas; y (3) ayudarlos a desarrollar un marco para definir, generar, evaluar e implementar soluciones efectivas a los problemas. Este módulo ocupa las cuatro o cinco últimas sesiones del tratamiento centrado en la familia y por lo regular empieza alrededor del cuarto o quinto mes, cuando las sesiones se realizan quincenalmente. La solución de problemas se realiza al final del tratamiento centrado en la familia porque para este momento el paciente suele estar en remisión y es más capaz, cognitiva y emocionalmente, de experimentar nuevas formas de comportarse. Además, si el resultado de la psicoeducación y el entrenamiento de habilidades para mejorar la comunicación fue bueno, los miembros de la familia están más dispuestos a considerar su papel en la generación o mantenimiento de los conflictos familiares y están más abiertos a escuchar los puntos de vista del otro.

En la solución de problemas se enseña a las familias a descomponer los problemas en unidades más pequeñas cuya solución es más factible. A los miembros de la familia se les entrega una hoja de solución de problemas en que se les pide dar los siguientes pasos: definir el problema (con la participación de cada participante); "hacer una lluvia de ideas" para encontrar todas las soluciones posibles sin evaluarlas; considerar cada solución de manera individual y ponderar sus ventajas y desventajas; elegir la mejor solución o una combinación de soluciones; y planear y llevar a la práctica las soluciones elegidas. Una vez que han tenido por lo menos una experiencia moderadamente exitosa en la solución de un problema relativamente menor, se asigna a los participantes una tarea para casa en que deben registrar sus intentos por resolver un problema nuevo y más grande. Las tareas asignadas en ocasiones son bastante modestas; a algunas familias se les asigna simplemente la tarea de definir uno o más problemas en los que se trabajará en la

siguiente sesión.

La lógica para la solución de problemas se presenta de la siguiente forma:

Hasta ahora hemos hablado principalmente de la forma en que se comunican entre sí. Ahora vamos a enfrentar algunos de los problemas concretos a los que todos han estado aludiendo. Pero en lugar de hacerles sugerencias sobre qué hacer al respecto (lo que probablemente no funcionaría), nos gustaría enseñarles una forma de resolver los problemas de manera cooperativa, como familia. (Miklowitz, 2008b, pp. 259).

Esta explicación es seguida luego por la revisión de los pasos para la solución de problemas y por el proceso de habituar a la familia o pareja al uso de la hoja de trabajo de solución de problemas. El clínico también revisa algunos de los problemas planteados por los miembros de la familia en las fases anteriores del tratamiento.

Considere el siguiente ejemplo del método de solución de problemas. Karla, de 35 años, se mudó con su nuevo novio, Taki, poco después de su divorcio. Se encontraba en malas condiciones financieras y tenía la tendencia a gastar para mejorar su autoestima. De hecho, la mayor parte de sus compras compulsivas ocurrían durante periodos de hipomanía y Karla había entrado en una fase hipomaniaca poco después de conocer a Taki, quien era un hombre acomodado. Debido quizá a su deseo de que la relación funcionara, le dio a Karla acceso a sus tarjetas de crédito. Durante los primeros meses que estuvieron juntos, sus facturas aumentaron enormemente. El empleo de Karla era irregular y durante años había tenido problemas para llevar un presupuesto y mantener una cuenta de cheques. Karla afirmaba que el dinero era su forma de controlar a las mujeres y Taki sostenía que ella se aprovechaba de él y era desconsiderada.

Primero, el clínico regresó a los ejercicios de habilidades para mejorar la comunicación. Alentó a la pareja a explayarse sobre esos temas más generales antes de poner la mira en el problema más específico del gasto. Karla expresó su opinión respecto a que sentía que era la "causante del problema" mientras Taki escuchaba. Luego Taki describió su opinión sobre los problemas de fondo mientras Karla escuchaba y parafraseaba. La estructura impuesta por la solución de problemas eventualmente los ayudó a definir el problema con mayor precisión: Karla gastaba más en ropas y "artículos de confort" de lo que cualquiera de ellos habría pensado que haría, pero no era realista que ella tratara de mantenerse debido a su estado sintomático no resuelto. Se consideraron luego varias opciones: Taki haría la mayor parte de las compras y a Karla se le asignaría su propia cuenta con un límite superior negociado cada mes, y ambos separarían sus finanzas. Se evaluaron las ventajas y desventajas de estas y otras opciones. Finalmente acordaron una solución algo complicada aunque ingeniosa: Karla debía obtener tres tarjetas de débito asociadas con cada una de tres cuentas. Cada tarjeta estaría etiquetada para un rubro (p. ej., "cuentas del doctor") y tendría asignado un límite de gastos. Se reunirían cada semana para determinar si la solución estaba funcionando y para practicar las habilidades de escucha cuando empezaran a estar en desacuerdo.

En este ejemplo, el problema fue generado en cierto grado por los síntomas residuales de la paciente. También estaba la dinámica de la relación: Karla tendía a volverse sumamente dependiente de los hombres y luego a devaluarlos y Taki tendía a rescatar

mujeres y luego a enojarse por estar en el papel del salvador.

El clínico decidió dejar que primero "ventilaran" esos temas más generales de la relación, permitiéndoles cierto grado de expresión emocional sobre la forma en que los problemas cargados, a menudo disminuyen la resistencia de la familia o de la pareja para lidiar con problemas más específicos (en este caso, el desacuerdo sobe los gastos).

Cuando hacen pasar a las familias o parejas por los primeros ejercicios de solución de problemas, los terapeutas centrados en la familia supervisan las reacciones de los participantes al método. Las reacciones pueden ir de "Esto es justo lo que necesitábamos" a "Caramba, qué superficial". Los pacientes con trastorno bipolar y los miembros de su familia parecen aburrirse con facilidad, ansiar la espontaneidad y disfrutar los intercambios acelerados e impredecibles. Los ejercicios de comunicación y solución de problemas imponen estructura y fomentan la orientación a metas, pero también pueden generar resistencia. La resistencia puede adoptar la forma de cambiar el tema, "intercambiar quejas" o no estar dispuesto a cooperar con las tareas asignadas.

Cuando el clínico aborda las resistencias, reitera la lógica de la solución de problemas (p. ej., "En ocasiones deben ganar confianza resolviendo problemas menores antes de que puedan pasar a los más grandes"). Pero a menudo debe definir si lo que los miembros de la familia objetan en realidad es el método de solución de problemas o si existen ciertos costos o consecuencias dolorosas asociadas con los intentos de resolver los problemas (p. ej., el temor de una madre de que su hijo con trastorno bipolar sea incapaz de manejar las tareas acordadas que requieren mayor independencia). Los miembros de la familia que temen las consecuencias de resolver un problema a menudo presentan soluciones y luego abandonan con rapidez el proceso de solución de problemas argumentando que "en realidad ese no es el problema". El terapeuta dispone de algunas opciones. Una es asumir la responsabilidad del problema no resuelto. Por ejemplo, puede decir "Tal vez hice mal en alentarlos a resolver este problema. Quizá haya otras cosas que quieran enfrentar primero. ¿Podrían ponerlas ahora sobre la mesa?" Otra alternativa es que el clínico actúe de manera más paradójica, planteando que la dificultad de la familia se debe a una "sana evitación":

> "Resolver un problema como familia implica pensar en términos de costo-beneficio. Es cierto que resolver este problema tiene ciertos beneficios, pero también puede llevar costos ocultos. Me parece que si los costos de resolver este problema superan a los beneficios, es entendible que quieran evitar llevar a cabo una solución. ¿Es eso lo que está ocurriendo?"

Esas dos intervenciones dan "permiso" a los miembros de la familia para dejar intacto el problema. Más tarde, cuando la presión desaparezca, pueden regresar al problema y tener más éxito en la segunda ocasión.

Terminación del tratamiento centrado en la familia

El tratamiento centrado en la familia termina después de nueve meses. A medida que se

aproxima su conclusión, el terapeuta revisa con los miembros de la familia las seis metas del tratamiento (revisadas antes) y el grado en que se cumplieron o no. Se evalúa el estatus del trastorno bipolar del paciente en relación con su condición al inicio del tratamiento. En algunos casos, se recomiendan sesiones de mantenimiento o "afinación" del tratamiento centrado en la familia.

Se discuten canalizaciones para el tratamiento posterior del paciente y otros miembros de la familia. Por ejemplo, después del tratamiento centrado en la familia algunos pacientes continúan con terapia individual o en grupos de apoyo mutuo en que participan otras personas con trastorno bipolar. Los miembros de la familia pueden decidir asistir a grupos de apoyo de la Alianza de Apoyo Depresivo y Bipolar *(www.dballiance.org)* o a la Alianza Nacional sobre Enfermedad Mental *(www.nami.org)*. En la experiencia, es inusual que las familias soliciten terapia familiar o de pareja adicional después del tratamiento centrado en la familia, pero se hace la canalización si así se solicita.

El clínico reitera la importancia de mantener la adhesión al régimen de medicamentos y la incorporación de las habilidades de comunicación y solución de problemas a la vida cotidiana de la familia. Por último, se realiza una revisión del simulacro de recaídas (vea la sección anterior sobre Psicoeducación). Se revisan los indicios prodrómicos del paciente y se reiteran los pasos que pueden dar el paciente y la familia para evitar una recaída.

ESTUDIO DE CASO

Debra, una mujer europea estadounidense de 36 años vivía con su marido, Barry, de 46 años y su hija Jill, de ocho. Había cursado dos años en la universidad y trabajaba medio tiempo como dependienta en una tienda de equipajes. Había estado casada previamente. Debra fue canalizada para recibir tratamiento centrado en la familia por una clínica de la universidad en donde se le había diagnosticado trastorno bipolar II, diagnóstico que fue confirmado por la Versión para el Paciente de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID). Su depresión se caracterizaba por la pérdida de intereses y por "holgazanear" durante varias semanas a la vez. Se quejaba de pérdida de apetito, de despertarse varias veces cada noche, fatiga, culpa y pérdida de concentración. Negaba tener pensamientos suicidas. Narraba que su depresión actual era "realmente grande" y que se había presentado por temporadas durante todo un año. Debra dijo también que había tenido muchas depresiones menores. Ubicaba el inicio de su depresión aproximadamente ocho años atrás, luego del divorcio de su primer marido.

Debra admitió también que había tenido un episodio hipomaniaco el mes anterior, incluyendo alrededor de cinco días de estado de ánimo elevado e irritable. Explicaba que su nivel de confianza era alto. Admitió tener pensamientos acelerados, mayor actividad y locuacidad, y haberse involucrado en muchos proyectos distintos. Tuvo problemas para datar el inicio y fin de esos períodos señalando que "había sido así toda su vida". Admitió que Barry había hecho comentarios sobre esas fases de su estado de ánimo y se quejó de que "Ahora me dice que me estoy poniendo maniaca cada vez que discutimos… Es su arma más reciente en mi contra". Negó tener delirios o alucinaciones.

Debra había sido tratada antes con sertralina y bupropión. Su psiquiatra le había prescrito recientemente una dosis de 1 500 mg diarios de divalproex sódico, un medicamento que dijo había hecho una diferencia en la estabilización de su estado de ánimo.

Barry, un abogado, se presentaba como un hombre práctico. Respondió a los clínicos de una manera muy formal e insistió en que no tenía problemas propios que discutir "excepto los relacionados con la atención de Debra". Negó tener historia psiquiátrica. Prefería hablar sobre el tratamiento centrado en la familia como un curso educativo y se ponía a la defensiva si su esposa se refería a él como "terapia". Los clínicos centrados en la familia, un equipo formado por un hombre y una mujer, no lo disuadieron de etiquetar al tratamiento de esa forma por considerar que necesitaban trabajar en la construcción de rapport con él, antes de abordar su estilo defensivo.

Evaluación de la familia

De acuerdo con la Entrevista Familiar de Camberwell, Barry cumplía los criterios de un elevado nivel de emoción expresada. Durante la entrevista de una hora expresó nueve críticas; tendía a quejarse mucho de la memoria de Debra, sus hábitos de trabajo y su desorganización (p. ej., "Se olvida de entregar su planilla de horarios en el trabajo, eso me vuelve loco"). Barry admitió que todavía quería a su esposa, pero que la encontraba

muy frustrante. Estaba convencido de que además del trastorno bipolar temía TDAH.

Debra y Barry llegaron a la evaluación de la interacción familiar bien vestidos y sonrientes. Los clínicos los entrevistaron individualmente y encontraron un problema importante para que discutieran: la afirmación de Barry de que Debra le mentía, a lo que ella respondía disculpándose por sus fechorías anteriores y argumentando, "No estoy mintiendo u ocultando… Son cosas que suelo olvidar o que no considero importantes". Después de discutir sobre este tema se hizo evidente la dinámica de esta pareja, en que Barry hablaba en tono acusatorio y de reprimenda y Debra se disculpaba y justificaba su conducta. A medida que Barry se tornaba más acusatorio, Debra parecía cada vez más deprimida.

BARRY: Mentir es una forma de vida para ti. Distorsionas la verdad y dices que no recuerdas las cosas.

DEBRA: Pero es que no las recuerdo. He intentado contarte todo. Pero a veces se me olvida. (*Empieza a balancear la silla).*

BARRY: (*manteniendo inmóvil la silla de Debra*) ¿Por qué piensas que es correcto mentirme?

DEBRA: No lo hago. Estoy siendo clara contigo. Tal vez quieres creer que hay algo más, pero no es así.

BARRY: Pienso que siempre haces esto. Es tu salida. ¿Qué te parecería que yo te mintiera? ¿Cómo te sentirías? ¿Querrías seguir casada conmigo?

DEBRA: (*taciturna*). No, probablemente no. Pero estoy intentando ser abierta con mis sentimientos, un poco contigo como caso de práctica. (*Sonríe incómoda*).

BARRY: Ahí tienes de nuevo esa sonrisita. La que haces cuando tratas de librarte de algo.

DEBRA: (*defensiva*). Dame un respiro.

BARRY: ¿Es porque estamos hablando de manera tan directa? No sé si es tu personalidad o es esa cosa de la bipolaridad, pero estos días no tienes tolerancia por nada, en especial por la gente.

Los terapeutas que vieron esta evaluación estaban enmudecidos por el nivel de crítica de Barry asociado con la tendencia de Debra a adoptar una posición de desventaja. También se enteraron durante la evaluación de que Barry se encargaba de dar los medicamentos a Debra y de hacerle las citas con el médico, y que solía acompañarla. Se hizo una cita inicial para tratamiento centrado en la familia con dos psicólogos clínicos, uno de los cuales estaba en entrenamiento.

Psicoeducación (Sesiones 1 a 7)

En la sesión inicial los clínicos (terapeuta 1 y terapeuta 2 en los diálogos que se presentan abajo) describieron el programa de tratamiento centrado en la familia para Barry y Debra, haciendo énfasis particular en el componente psicoeducativo. Hicieron una

presentación preliminar de los módulos de mejora de la comunicación y solución de problemas. La pareja escuchó con cortesía, pero expresó escepticismo.

BARRY: Hemos entrado y salido de terapia durante años. No me han impresionado.

TERAPEUTA 1: Cuando dice "Hemos", ¿se refiere a ustedes como pareja?

BARRY: Como pareja, y ella tenía su propia terapia.

DEBRA: Me parece que la Dra. Walker era buena.

BARRY: Sí, pero no habías recibido todavía el diagnóstico bipolar. Ella sólo te trataba por la depresión y te metió en ese asunto de "Probablemente sufriste abuso en la niñez y te olvidaste de ello".

TERAPEUTA 1: ¿Cómo fue su terapia de pareja?

BARRY: Mucho de excavar en nuestra niñez y ponernos en contacto con nuestros sentimientos.

TERAPEUTA 1: ¿Debra?

DEBRA: No fue tan malo. Creo que fue bastante útil.

TERAPEUTA 1: Bueno, parece que tienen opiniones diferentes sobre la utilidad de esas sesiones. Dejen que les diga en qué será esto diferente. Nuestro tratamiento se enfocará principalmente en el presente y vamos a trabajar en la forma en que ustedes afrontan como pareja el trastorno bipolar. Barry, usted se ve afectado por el ciclo del trastorno del estado de ánimo de Debra, pero ella también se ve afectada por la forma en que Barry responde a sus síntomas. No estoy diciendo que su pasado sea irrelevante, pero no será el centro de nuestra atención.

BARRY: Necesito ayuda para lidiar con todo esto. Entre más información reciba, mejor.

TERAPEUTA 1: Estoy seguro de que eso es cierto. Pero no vamos a concretarnos a lanzarle mucha información. Creo que las cosas serán mucho más sencillas para ustedes si llegan como pareja a un entendimiento común del trastorno y aprenden a comunicarse al respecto.

En el diálogo, el terapeuta hizo una distinción entre el tratamiento centrado en la familia y otras formas más genéricas de terapia de pareja. En este punto, los clínicos ya sospechaban que encontrarían resistencia de Barry, en especial en las tareas en que se le pediría observar su propia conducta y sus contribuciones a los problemas del estado de ánimo de su esposa.

La psicoeducación en sí empezó en la segunda sesión y continuó hasta la séptima. La primera tarea fue alentar a la pareja a llegar a una definición compartida de "trastorno bipolar". Durante las evaluaciones, los dos habían mencionado el término "ciclos", pero sin acuerdo aparente en lo que significa.

TERAPEUTA 1: Quiero estar seguro de que todos estamos en la misma página cuando hablamos del significado del término "bipolar". Debra, usted hizo un gran trabajo al explicar cómo se siente la depresión. Hablemos ahora sobre el otro lado. (*Les pasa un*

folleto que describe los síntomas de manía e hipomanía). Barry, ¿cuáles de esos síntomas ha observado cuando Debra se pone hipomaniaca?

BARRY: (*revisando el manual).* Bueno, todos ellos excepto las alteraciones del apetito… Supongo que podría decirse que tiene grandiosidad, ella cree que algún día estará sana. (*Risas*)

TERAPEUTA 2: ¿Cuándo fue la última vez que pensó que ella era así?

BARRY: La última vez yo estaba trabajando en un caso, ella siempre se pone así cuando estoy trabajando en un caso.

DEBRA: Estoy de acuerdo, pero pienso que es porque tengo mucho más que hacer cuando él trabaja todo el tiempo… Él piensa que es algo como "abandono", pero yo creo que él se olvida de las realidades que enfrento cuando se va. (*Mira la lista*). Siento más energía, me siento incómoda en mi cuerpo, salto fuera de mi piel… ¡probablemente es un buen día para ir de compras! (*Risas nerviosas*). Probablemente me vuelvo más cascarrabias, no tengo mucha tolerancia por la gente en general.

BARRY: En especial por mí. (*Sonríe*).

Ésta fue la primera vez que Debra se defendió comentando la forma en que los problemas de su relación alimentaban sus cambios de humor. Curiosamente, su actitud asertiva atajó parte de la negatividad de su esposo. Los terapeutas pronto se dieron cuenta de que Barry y Debra no habían llegado a un consenso sobre lo que en realidad constituía un episodio bipolar. Éste es un punto crucial en el tratamiento centrado en la familia: los miembros de una pareja o familia deben llegar a una percepción compartida que les permita identificar cuándo se está poniendo mal el paciente a fin de que puedan establecer procedimientos para evitar que los episodios escalen (p. ej., visitas al médico, disminución de la carga de trabajo del paciente, aprender a reducir la intensidad de los intercambios verbales). Pero todavía no estaba claro que Debra hubiera tenido episodios discretos.

TERAPEUTA 2: ¿Piensa que ha tenido lo que llamamos "episodios"? ¿Por ejemplo, un par de días de estar nerviosa?

DEBRA: Puede ser, como dos o tres días en que puedo hacer muchas cosas, mi memoria mejora, y luego dos o tres días en que simplemente no voy al trabajo. Puedo…

BARRY: (*Interrumpe*). Es esa cosa del proyecto de la casa. Empieza a rehacer el cuarto de Jill una y otra vez. Lo pinta de morado y luego lo borra la misma tarde, pone nuevos armarios.

DEBRA: Canalizo toda mi energía trabajado en la casa en lugar de matar a alguien. (*Ambos ríen entre dientes*).

TERAPEUTA 1: Tal vez estoy un poco lento hoy, pero estoy tratando de entender si están de acuerdo respecto a cuándo aparecen esos periodos de altas y bajas. Debra, ¿alguna vez ha llevado un registro del estado de ánimo?

El terapeuta introdujo luego una tarea escrita en que se pidió a Debra y a Barry que cada día hicieran un registro independiente de las altas y bajas del estado de ánimo de Debra, de modo que pudieran monitorearse los acuerdos y desacuerdos de lo que constituía los síntomas del trastorno (en oposición a los rasgos de personalidad).

La dinámica de esta pareja se hizo más evidente en las sesiones tres a cinco. Debra se mostró poco sistemática en su registro del estado de ánimo y Barry sintió que su meticulosidad para hacer el registro no era recompensada. "Ella no asume la responsabilidad de su enfermedad", argumentaba. No obstante, Debra recordaba bien los cambios en su estado de ánimo, aunque no los había anotado. Los terapeutas elogiaron mucho a la pareja por su intento poco entusiasta por realizar esta tarea. Curiosamente, Barry notó pequeños cambios en el estado de ánimo a los que llamaba su "talante maniaco", a lo que Debra respondía que eran sólo sus reacciones a las molestias cotidianas.

BARRY: El sábado por la mañana estabas maniaca como el demonio.
TERAPEUTA 2: ¿A qué se refiere Barry?
BARRY: Fui a decirle que Jill tenía que ir al soccer ¡y prácticamente me arrancó la cabeza!
DEBRA: Porque ya me lo habías dicho ocho veces. No estaba maniaca, sólo estaba fastidiada. Incluso Jill comentó que estabas exagerando.

Esto se convirtió en un tema durante el tratamiento: Barry tendía a etiquetar en demasía los cambios de humor de Debra, al grado en que a menudo la llamaba "maniaca" cuando el verdadero problema resultaba ser su irritabilidad transitoria. También solía llamarla "deprimida" cuando Debra sentía que sólo estaba "relajada… aburrida… tratando de relajarse y retraerse por un rato". Los terapeutas tuvieron cuidado de no asignar culpas o tomar partido con ninguno de ellos. El terapeuta uno dijo:

> "Me parece que es una distinción muy difícil. Quisiera darles una regla sencilla para determinar los momentos en que Debra entra y sale de un episodio. Pero como han visto, no siempre es tan claro. Por lo general sugiero a la gente que regrese a la lista de síntomas y pregunte, "¿hay más de uno de esos síntomas? ¿La irritabilidad se acompaña con más alteraciones del sueño? ¿Pensamientos acelerados? El hecho de estar molesto no es suficiente para ser llamado "maniaco" a menos que eso suceda en situaciones muy diferentes, o que se acompañe por algunos de los otros síntomas y que la disfunción acabe con su día".

El terapeuta describió el modelo de vulnerabilidad-estrés para entender los episodios de Debra. Debra relató una historia familiar de la depresión de su madre y el abuso de alcohol de su padre: "Es probable que mi mamá fuera bipolar, pero no se llamaba así en ese entonces". También hablaron de los estresores que podrían haber contribuido a la depresión anterior de Debra. Barry habló mucho cuando discutían los factores de riesgo:

había notado que los lugares abarrotados (p. ej., los centros comerciales) la volvían hipomaniaca y que el alcohol, incluso en pequeñas cantidades, contribuía a sus alteraciones del sueño, que a su vez contribuían a sus hipomanías. Los terapeutas les entregaron un folleto sobre factores de riesgo (p. ej., abuso de drogas, irregularidades del sueño, rutinas diarias impredecibles, conflicto familiar) y sobre factores protectores (p. ej., regularidad en la toma de medicamentos, buena comunicación familiar). A continuación, ayudaron a Barry y a Debra a idear un plan para prevenir las recaídas.

TERAPEUTA 1: Los clientes con los que hemos trabajado y a quienes les ha ido mejor con su enfermedad han podido confiar en sus cónyuges y en otros familiares cercanos en momentos de crisis. Es una línea delgada que deben recorrer entre ser capaz de dirigirse a su esposo y decir, "Creo que me estoy enfermando de nuevo" y aceptar parte de su consejo sin ceder todo el control. Debra, cuando su estado de ánimo suba y baje va a querer más control. Barry, es posible que en ocasiones también sienta que camina sobre una línea delgada: Usted quiere decir "Sí, te estás enfermando y me gustaría ayudarte" sin restregarlo, ser capaz de hacer sugerencias sin asumir el control.

BARRY: Eso es algo que tenemos en común. Los dos somos fanáticos del control. Supongo que los iguales se atraen.

TERAPEUTA: Bueno, tal vez el hecho de que a los dos les gusta estar en control de su propio destino fue parte de lo que los atrajo en primer lugar (replanteando). Pero como sucede con muchas cosas que en principio atraen a la gente, algo como no querer ceder el control puede convertirse más tarde en un problema para la relación.

La pareja llegó a ciertos acuerdos sobre cómo lucirían los indicios prodrómicos de la hipomanía de Debra (p. ej., mayor interés en los proyectos de la casa, levantarse extraordinariamente temprano, irritabilidad que ocurría en múltiples situaciones) y algunos de sus factores de riesgo (p. ej., alcohol). Desarrollaron en conjunto un plan para prevenir las recaídas que implicaba tener a mano los números telefónicos de emergencia, evitar el alcohol y las situaciones interpersonales de alto estrés (p. ej., conflictos entre Debra y su madre). Barry y Debra también hablaron de cómo podrían comunicarse si sus síntomas empezaban a escalar. Barry admitió que "tenía que aprender a no atacar" en esas ocasiones y a no "soltar todo lo que pensaba". Curiosamente, los dos mostraron resistencia a la sugerencia de que Debra tratara de mantener un ciclo regular de sueño-vigilia, incluso los fines de semana, cuando tuviera las peores oscilaciones en su estado de ánimo. Barry se burló, "Tal vez deberíamos enrolarnos en el ejército", y ambos enfatizaron que no estaban dispuestos a abandonar su gusto por parrandear hasta tarde.

El módulo de psicoeducación terminó con una discusión de los efectos de la etiqueta de la enfermedad en la autoestima de Debra. Durante las seis primeras sesiones ella había hecho alusión a su incomodidad con el diagnóstico de trastorno bipolar II.

TERAPEUTA 1: En ocasiones, cuando revisamos las listas de síntomas y hablamos sobre las causas del trastorno bipolar, la gente se siente etiquetada o criticada. Debra,

¿se ha sentido de esa forma aquí?

DEBRA: La primera vez que vine me sentí criticada. Sentí que era "el momento de culpar a Debbie" y ahora resulta que hay una razón biológica real a la cual culpar de todos nuestros problemas.

TERAPEUTA 1: Espero que no piense que estamos diciendo que todos sus problemas como pareja surgen de su trastorno bipolar.

DEBRA: No, creo que ustedes han sido justos acerca de eso. Para mí fue difícil hablar de ello y en ocasiones pienso que Barry me objeta como persona.

TERAPEUTA 1: En otras palabras, la línea entre su personalidad y su trastorno se vuelve borrosa.

DEBRA: Sí, y para mí son muy diferentes.

TERAPEUTA 1: Me alegra que saque el tema a colación. Creo que es muy importante ser muy claros sobre cuándo estamos hablando de usted, de sus estilos para relacionarse con la gente… No todo tiene que ser reducido a esta enfermedad.

BARRY: Y probablemente yo saco demasiado el tema (de la enfermedad).

DEBRA: (*mostrándose activada*) Sí, y lo sacas frente a otras personas… Eso es un verdadero problema para mí. ¡Solíamos tener esas grandes conversaciones! Estoy cansada de hablar contigo de mi trastorno todo el tiempo. Parece que sólo quieres hablar de eso.

BARRY: (*sorprendido*) ¿Por qué no me lo habías dicho?

DEBRA: Probablemente debía habértelo dicho… Sólo deseo un término medio entre hablar del tema y no hacerlo.

BARRY: ¿Entonces qué es lo que quieres?

DEBRA: (*empieza a llorar*) No estoy segura.

TERAPEUTA 1: Creo que es comprensible que no lo sepa… No siempre está segura de cuánta ayuda necesita de Barry. Tal vez intenta encontrar un buen equilibrio. Eso puede llevar algún tiempo. Espero que no sienta que todos *estamos* interesados en su trastorno y no en usted como persona (examina la aparente resistencia al material psicoeducativo).

DEBRA: Usualmente no lo siento así, excepto cuando trato de hacer el registro del estado de ánimo (reconoce el dolor emocional que subyace a la resistencia a las tareas terapéuticas). Es sólo que me gustaría conversar con Barry como lo hago con mis amigas. Me gustaría hablar de otras cosas aparte de mi enfermedad y mis doctores.

Entrenamiento de habilidades para mejorar la comunicación (sesiones 8 a 14)

Durante la octava sesión, los terapeutas presentaron a la pareja el entrenamiento de habilidades para mejorar la comunicación. Barry y Debra describieron un patrón de "exigencia-alejamiento" en su comunicación. Barry se volvía invasivo al tratar de entender el estado de ánimo de Debra, y ella se alejaba y se volvía no cooperativa. Debra admitió que le resultaba difícil reconocer que estaba deprimida y hablar al respecto

porque “eso no se hace en mi familia”. Creció en una familia del sur en la que “no se lavaba la ropa sucia en público”. En contraste, Barry era de Los Ángeles, donde “uno podía desahogarse con cualquiera que estuviera a su lado en el tráfico”.

Los terapeutas empezaron a explorar el patrón de exigencia-alejamiento.

TERAPEUTA 1: Ésta es una de las dinámicas que hemos visto en parejas que enfrentan el trastorno bipolar. Las personas con un trastorno del estado de ánimo pueden volverse irritables con sus cónyuges, y luego estos pueden reaccionar porque se sienten atacados, y cuando reaccionan las discusiones pueden escalar. La persona con el trastorno siente que hay algo por lo que está legítimamente enojada, y el cónyuge ve el enojo como evidencia de la enfermedad bipolar.

BARRY: Bueno, mi problema es que Debra no está consciente de sus síntomas.

DEBRA: Estoy consciente de ellos, pero quiero que me dejen en paz. Tu terminas mis frases…

BARRY: Y luego sales del cuarto. No quieres tener nada que ver con la comunicación normal. Es igual a lo que pasó con tus padres.

DEBRA: Cuando estoy en ese estado (depresión), lo último que quiero es una conversación seria o que alguien me cuestione lo que quiero hacer o por qué.

TERAPEUTA 2: Hablemos de lo que sucede entre ustedes dos (regresa a la pareja al tema de la relación). ¿Qué ocurre cuando intentan hablar de algo? ¿Uno de ustedes no habla? ¿Hablan pero no resulta bien?

BARRY: Ella posterga las cosas, no quiere enfrentarlas; luego yo grito, después ella no quiere estar cerca de mí y se aleja; y luego empiezo a pensar en cuánto tiempo podré vivir así.

TERAPEUTA 2: Debra, ¿usted cómo lo describiría?

DEBRA: Barry se frustra cuando no le doy las respuestas que busca, y luego me siento mal por haberlo frustrado, y él se siente mal por haberse molestado conmigo, y yo me siento mal por haberlo hecho sentir mal por haberse molestado conmigo.

TERAPEUTA 2: ¿Eso es algo en lo que les gustaría trabajar, en su comunicación como pareja?

BARRY: Sí. No ha existido comunicación por el trastorno bipolar. No sé si tendríamos estos problemas si ella no fuera bipolar. Se deprime, no comunica lo que piensa, ni siquiera lo intenta… y eso me recuerda algo que quería preguntarle: ¿Cree que ella pueda tener un trastorno por déficit de atención aparte de ser bipolar?

DEBRA: Oh no, aquí vamos…

TERAPEUTA 1: Barry, nadie puede asegurarlo, pero independientemente de cuál sea la causa, parece que está listo para empezar a concentrarse más en su relación (reorienta la discusión pero no cuestiona directamente la definición que hace Barry del problema). Al menos parte de lo que usted describe parece indicar que tenían la costumbre de comunicarse como pareja. Vamos a enseñarles algunas habilidades bastante sencillas para hablar entre ustedes, por ejemplo, a elogiarse mutuamente por las cosas que hacen

bien, a escuchar y a solicitar cambios en la conducta del otro. Esto los ayudará en esos ciclos, sea que se trate de ciclos reales del estado de ánimo o sólo periodos escabrosos en su relación (proporciona la lógica del siguiente módulo de comunicación).

DEBRA: Sí, necesito aprender a argumentar. Él es abogado, argumenta mucho mejor que yo.

BARRY: (*todavía enojado*) Pero ve, en tu familia nadie dice una maldita cosa; nadie estuvo en realidad ahí. Entonces, por supuesto que reaccionas así porque soy apasionado y luego, cuando ves que me enfurezco de verdad terminas por evaluar la situación y escuchar. Es la única forma en que puedo llegar a ti.

TERAPEUTA 1: Creo que tenemos mucho en que trabajar. Debra, me gustaría que dejemos por un rato la "cuestión bipolar" y que trabajemos en la forma en que actúan y reaccionan entre sí. No tenemos que trabajar sólo en su comunicación sobre el trastorno bipolar, tal vez también en la forma en que hablan de sus finanzas, sus amigos…

BARRY: Pero todo es acerca de lo que hacemos aquí… ¿Cómo va a saber cómo nos comunicamos en casa?

TERAPEUTA 1: Vamos a poner micrófonos en su casa. (*Ambos ríen entre dientes*). Haremos aquí algunos ejercicios que involucran practicar en un juego de roles, nuevas formas de hablar, pero entre sesiones, tendrán que practicar en casa esas formas nuevas. Personalmente creo que va a ayudarles mucho si tienen el tiempo de hacerlo (expresa optimismo).

Los terapeutas tenían ahora una mejor comprensión de los patrones de comunicación de esta pareja. El patrón de exigencia-alejamiento se derivaba en parte de sus diferentes historias familiares, pero era igualmente cierto que Barry era recompensado por ser crítico; obtenía resultados aunque esos resultados fueran acompañados por el resentimiento de Debra. Estaban en desacuerdo respecto con el grado en que esos patrones de comunicación eran determinados por el trastorno bipolar de ella. Barry asumía que la mayor parte o la totalidad de sus problemas podían atribuirse al trastorno, pero Debra consideraba que esa suposición era sólo un intento de culparla de todo.

La versión de los terapeutas era que la dinámica matrimonial existía independientemente de los cambios de humor de Debra, pero que fueron magnificados por sus episodios maniacos y depresivos. Durante los episodios hipomaniacos ella era más susceptible y reactiva, y cuando estaba deprimida era más probable que se alejara.

En la novena sesión los terapeutas iniciaron el entrenamiento de habilidades. El tratamiento centrado en la familia empieza con habilidades de comunicación positiva para aumentar la probabilidad de que los integrantes de una pareja o familia colaboren cuando enfrenten temas más difíciles. Un terapeuta empezó con la presentación de un folleto titulado "Cómo expresar sentimientos positivos", en que se dirige a cada miembro de la pareja a elogiar al otro por alguna conducta específica que el otro haya realizado, y a decirle a su pareja cómo lo hace sentir esa conducta. Los terapeutas primero modelaron

la habilidad. Uno de ellos elogió a Barry diciendo "Agradezco que haya conducido hasta aquí (a la clínica) y que hiciera ajustes a su agenda para hacerlo posible… Me hace sentir que usted valora lo que hacemos aquí". Barry expresó gratitud por el elogio. El terapeuta pidió luego a Barry y a Debra que giraran sus sillas hacia el otro y que eligieran una conducta para elogiarse mutuamente. Curiosamente, ninguno tuvo problemas para elegir un tema. El problema estuvo en mantenerse en las emociones positivas y no permitir que se filtraran las negativas.

BARRY: Agradezco que llevaras a Jill al soccer el miércoles. Me hizo sentir que tú… que sabías que ese día yo estaba abrumado y que, tu sabes, por lo general yo me encargo de toda la crianza mientras tú…

TERAPEUTA 2: (*interrumpiendo*). Barry, me gustaría que se detenga ahora antes de entrar en eso; Debra, ¿puede decirme qué le agradó hasta ahora de lo que dijo Barry? ¿Siguió las instrucciones de esta hoja?

DEBRA: Bueno, como usted dijo, empezaba a engancharse en eso, pero me gustó la primera parte. Me alegra que se sienta así.

BARRY: ¿Sientes que te doy suficiente retroalimentación positiva?

DEBRA: (*pausa*). Tienes tus días.

TERAPEUTA 2: Barry, me parece que lo hizo muy bien. ¿Podría intentarlo sin la cola al final?

BARRY: (*Riendo entre dientes*). Aquí va, robando mi intensidad. Muy bien, Deb, gracias de nuevo por llevar a Jill al soccer. Me hizo sentir que tú… que te importa mi agenda y que piensas en mí.

TERAPEUTA 2: Bien, Debra, ¿usted qué piensa?

DEBRA: Mucho mejor.

BARRY: A veces pienso que fui puesto en este planeta para aprender a tener tacto.

Las sesiones 10 y 11 del entrenamiento de habilidades para mejorar la comunicación se enfocaron en las habilidades de escucha activa. Un miembro de la pareja escuchaba mientras el otro hablaba, primero sobre temas ajenos al matrimonio (p. ej., relaciones del trabajo), luego sobre cuestiones relacionadas con la pareja. Tanto Barry como Debra necesitaron la reestructuración de sus habilidades de escucha. Específicamente, Debra tendía a "desconectarse" cuando Barry hablaba y necesitaba ser instigada para mantenerse atenta. Reconocía que en ocasiones sentía que Barry la ponía a prueba cuando le hablaba para saber si ella podía elaborar contestaciones amables e intuitivas. Su "desconexión" era una forma de afrontar la ansiedad por el desempeño que experimentaba cuando lo escuchaba.

No resultó sorprendente que la dificultad de Barry para escuchar se centrara en refrenar su tendencia natural a dar consejo. Cuando Debra empezaba a hablar, él escuchaba reflexivamente por uno o dos minutos, pero luego empezaba a hacer preguntas como "Bueno ¿cuándo vas a llamar a esa persona?" o "La última vez que

hablamos dijiste que ibas a terminar ese resumen, ¿por qué no lo hiciste?" La práctica repetida durante las sesiones (complementada con la asignación de tareas para practicar esas habilidades) llevó a Barry a estar más consciente de lo que hacía. Durante un momento particularmente desgarrador admitió, "No me gusta la forma en que reacciono ante ella… No me gusta la persona en que me estoy convirtiendo".

Cuando el tratamiento centrado en la familia pasó el punto de los tres meses y la frecuencia cambió a ser quincenal, los clínicos introdujeron formas de comunicación potencialmente más acaloradas, como el hecho de que los integrantes de la pareja solicitaran cambios en las conductas de cada cual y expresaran sentimientos negativos. (Sesiones 12 a 14). En este punto, Debra no estaba tan deprimida como había estado en la fase de evaluación, aunque Barry seguía quejándose de su bajo funcionamiento. Él sostenía que ella se había vuelto incapaz de decirle lo que había logrado o no durante el día, y que a menudo aparentaba haber hecho cosas que en realidad no había realizado. Él etiquetó esto como su problema de "dificultad para terminar las cosas". En contraste, Debra se tornó cada vez más asertiva acerca de la tendencia de su marido a "controlar" su conducta.

TERAPEUTA 1: Una de las cosas en que me gustaría trabajar con ustedes es la forma en que uno le pide al otro que cambie en alguna forma.

¿Cuál sería una manera apropiada de pedirle a alguien que le ayude? (*Entrega a Barry y a Debra el folleto titulado "Cómo hacer una petición positiva"*). Traten de verse directamente y digan qué les gustaría que hiciera la otra persona y cómo los haría sentir. Debra, hace un minuto hablaba de la forma en que Barry la controla. ¿Puede convertir esto en una forma positiva de pedirle lo que le gustaría que hiciera? ¿Decirlo de una forma en que él pueda ayudarla? ¿Cómo podría él pedirle que termine las cosas sin molestarla?

DEBRA: Cielos, Barry, realmente me haría muy feliz si tú… en situaciones en que hay un dilema, si me dieras un poco más de libertad.

BARRY: ¿Por ejemplo? ¿Quieres decir que deseas que hagamos las cosas a tu ritmo?

TERAPEUTA 1: Barry, permita que salga de ella.

DEBRA: Cielos, por ejemplo, si hay que hacer algunas compras, me ayudaría si sólo pudiera decir, "Sí, esto está en mi lista y lo haré… Si pudieras esperar a que lo haga en mi tiempo, eso me ayudaría a liberar la tensión.

TERAPEUTA 2: Barry, ¿cómo se siente con lo que Debra le pidió? ¿Siguió esta hoja?

BARRY: Creo que me lo pidió de buena manera, pero entonces mi pregunta es ¿se encargará ella de hacer las compras?

DEBRA: Creo que me ayudaría de verdad tener algún plan, como acordar que si yo hago esta parte de la compra, tu harás esa otra. Quizá eso me detendría de decir, "Voy a enseñarle. Él no va a controlar mi vida; no voy a hacerlo a su manera".

TERAPEUTA 1: Una persona que se siente en desventaja a menudo reacciona negándose a seguir el plan, incluso si hacerlo pudiera ayudarla personalmente. Debra ¿le pasa eso a veces?

Los terapeutas estaban fomentando la asertividad de Debra al mismo tiempo que confrontaban con gentileza lo que Barry había llamado antes su actitud "pasiva-agresiva". Luego le pidieron a Barry que hiciera una solicitud positiva a Debra.

TERAPEUTA 2: Barry, ¿puede pensar en algo que le gustaría pedir a Debra que hiciera para cambiar su conducta?

BARRY: (*mirando a los clínicos*). Muy bien, Deb, para mí es muy importante…

TERAPEUTA 2: ¿Puede decírselo a ella?

BARRY: (*volteando hacia Debra*). Muy bien, para mí es muy importante que no te marches cuando tenemos discusiones. Que no te alejes. Especialmente cuando hablamos sobre Jill y nuestras diferencias sobre ella. Eso de verdad me irrita.

Los terapeutas observaron de nuevo que Debra se retraía en reacción a la "elevada emoción expresada" en la conducta de Barry. Comentaron sus reacciones.

TERAPEUTA 1: Debra, ¿qué sucede ahora? Parece que se está desconectando.

DEBRA: (*Se recupera rápidamente, sonríe*). Sí, supongo que eso hago. ¿De qué estábamos hablando?

BARRY: Ya ve, creo que eso es parte de su trastorno por déficit de atención. ¿Cree que necesite Ritalin (un medicamento para esa condición)?

TERAPEUTA 1: Barry, en este caso no lo creo. Me parece que lo que sucedió, Debra, si puedo hablar por usted por un momento, fue que se retrajo porque sintió que estaba siendo atacada.

DEBRA: Probablemente eso sea cierto. Empezó con su "Haces esto, haces aquello".

BARRY: (*frustrado*). Bueno, ¡acabas de pedirme que cambiara algo! ¿Se supone que yo tengo que hacer todo el trabajo?

TERAPEUTA 1: Barry, voy a animarlo para que lo intente de nuevo. Sólo que esta vez me gustaría que estuviera más atento a la forma en que dice las cosas. Ponga atención a lo que dice que no le gusta que haga, que se aleje cuando le está hablando. Eso es muy importante. ¿Qué le gustaría que hiciera en lugar de eso?

BARRY: ¡Quiero que se comprometa conmigo! ¡Que lo hablemos!

TERAPEUTA 1: ¿Puede intentarlo de nuevo, pero esta vez diciéndole lo que quiere que haga?

BARRY: (*suspira*). Deb, cuando hablamos, de verdad me gustaría… de verdad agradecería si te quedaras ahí y terminaras de hablar conmigo, en especial sobre Jill. Eso me haría sentir, no lo sé, que somos compañeros.

TERAPEUTA 2: Barry, eso estuvo mucho mejor, y apuesto que fue mucho más fácil de escuchar ¿Debra?

DEBRA: Sí, me gustó.. fue mucho más fácil. Necesitamos hacer más de esto.

Durante el entrenamiento de habilidades para mejorar la comunicación se hizo mucho énfasis en la asignación de tareas para realizar entre sesiones. La pareja fue alentada a realizar reuniones semanales y a registrar sus esfuerzos por usar sus habilidades. Ambos cónyuges reportaron una disminución de la tensión en la relación para el momento en que empezó el segmento de solución de problemas.

Solución de problemas (sesiones 15 a 18)

Las sesiones del tratamiento centrado en la familia se realizaron con menos frecuencia (quincenalmente) en los meses cuarto, quinto y sexto. En la sesión 15 se introdujo la solución de problemas. Después de explicar la lógica, los terapeutas pidieron a la pareja que identificara varios problemas específicos para discutirlos, y luego revisaron con ellos los pasos para la solución de problemas.

El primer problema elegido por la pareja parecía superficial al principio. Ellos tenían dos gatos, uno de los cuales pertenecía a Debra (y había venido con ella de un matrimonio anterior) y el otro lo había comprado Barry. La pareja estaba en desacuerdo respecto a cuánto deberían comer los animales: Debra quería que su gato estuviera gordo y lo alimentaba con frecuencia, mientras que Barry quería que su gato estuviera delgado. Como resultado, el gato de Barry los despertaba a mitad de la noche pidiendo comida. Los cambios resultantes en los ciclos de sueño-vigilia de Debra habían provocado que se volviera irritable, inquieta y posiblemente hipomaniaca. A pesar de una búsqueda bibliográfica exhaustiva, los terapeutas no pudieron encontrar ninguna investigación sobre la influencia de las dietas de los gatos en los ciclos del trastorno bipolar.

La pareja consideró varias alternativas: dar a los gatos cantidades iguales de comida, mantener al gato de Barry en la cochera, regalar al gato de Barry o alimentar a los dos gatos antes de que la pareja se fuera a la cama. Eventualmente acordaron la última opción. El problema en sí generó humor y un ánimo juguetón entre ellos, quienes sintieron satisfacción por haber podido enfrentar el problema de manera cooperativa.

Una segunda fuente de conflicto, y probablemente más grave, tenía que ver con su vida nocturna. A los dos les gustaba salir de fiesta, pero a Barry le gustaba quedarse hasta más tarde que a Debra, quien pensaba que las fiestas contribuían a sus cambios de humor. Ella tendía a sentirse sobreestimulada por las interacciones con mucha gente y se cansaba con rapidez. La pareja consideró varias alternativas: ir a las fiestas en carros separados, que Barry aceptara salir más temprano, que Debra se fuera al carro a dormir cuando se sintiera cansada y que Debra tomara un taxi para regresar a casa. Al final decidieron discutir y llegar a un acuerdo sobre la hora de partida antes de ir a una fiesta.

La pareja fue capaz de aplicar con éxito a otros temas el método de solución de problemas, como el pago de las facturas y ayudar a Jill a realizar sus actividades extraescolares; pero siguió teniendo dificultades para descomponer los problemas en trozos más pequeños por lo que ambos tendían a "intercambiar quejas" y a sacar a colación problemas más grandes en medio de sus intentos por resolver otros más pequeños. Barry se quejaba a menudo, "No estamos enfrentando la fuente de esos

problemas, que es el trastorno bipolar. No tendríamos esos problemas si ella no fuera bipolar". Una vez más, los terapeutas no cuestionaron su definición del problema, pero siguieron con el mensaje de que independientemente de que la fuente de los problemas estuviera en Debra, todavía era necesario que la pareja trabajara en colaboración para generar compromisos aceptables.

Terminación (sesiones 19 a 21)

Para el séptimo mes, Debra, cuya depresión había remitido en gran medida, había obtenido un nuevo empleo para trabajar en ventas en una tienda de ropa. Los terapeutas iniciaron la fase de terminación del tratamiento, que se enfocó en revisar lo que la pareja había obtenido de los módulos de psicoeducación, entrenamiento de habilidades para mejorar la comunicación y habilidades de solución de problemas. Ambos dijeron que su relación había mejorado y que "ocasionalmente" usaban en casa las habilidades de comunicación. Los terapeutas comentaron lo lejos que habían llegado y los animaron a tomarse un tiempo cada semana para reunirse y repasar una o más habilidades.

Sin embargo, Barry no estaba del todo convencido de la mejoría clínica de Debra. En una de las últimas sesiones regresó al tema de los síntomas de su esposa y a su "poca disposición" para terminar tareas como cocinar, depositar su sueldo, lavar la ropa de Jill y realizar otras tareas que habían acordado que haría. A eso le siguió el siguiente intercambio.

BARRY: (*Ríe nerviosamente*). La otra noche tuve este sueño de que me estaba casando y sabía que me estaba casando con Debra, pero no podía ver su cara y no estaba seguro de que en realidad fuera ella. Y todavía no estoy seguro de si yo debería estar aquí.

TERAPEUTA 1: Y también estaba de pie, vestido con sus pijamas, frente a todo el mundo.

BARRY: (*Risas*). Sí, y estaba a punto de presentar un examen para el que no había estudiado. Pero en serio, a veces siento que ella no es la misma persona, sobre todo cuando no quiere terminar las cosas de las que hablamos.

TERAPEUTA 1: Permítame ofrecerle un punto de vista sobre esto. Me parece que un dilema que enfrentan muchos cónyuges es "¿Debería permanecer con mi esposo o con mi esposa o debería irme y ocuparme de mí?" Ciertamente existe gente que hace eso, que se va, pero también hay muchos otros que se mantienen cerca y esperan que las cosas mejoren, lo que en efecto sucede a menudo.

BARRY: Y yo creo que las cosas han mejorado.

DEBRA: Así lo creo. No sé por qué estás siendo tan negativo.

BARRY; Bueno, si tú…

TERAPEUTA 1: (*Interrumpe*). Permítanme terminar esto. Barry, pienso que para usted es fundamental distinguir en su mente lo que Debra puede y no puede controlar. En ocasiones eso es confuso entre ustedes. Cuando usted dice que ella no quiere terminar

las cosas, parece ciertamente una conducta intencional, algo que ella hace para lastimarlo o molestarlo. Debra, ¿le parece que los problemas para terminar las cosas siempre tienen que ver con su concentración? ¿Con su atención o su memoria?

DEBRA: (*Asiente enfáticamente con la cabeza*) ¡Por supuesto! Si usted pudiera lograr que él se diera cuenta de eso habríamos avanzado mucho más.

BARRY: Esa cosa de la memoria, ¿es por su trastorno bipolar o por su trastorno por déficit de atención?

TERAPEUTA 1: No estoy seguro de que esa sea en realidad la cuestión. Es sólo una distinción diagnóstica y no estoy seguro de que el hecho de que la responda de una u otra forma sirva de algo. Quizá, pero lo que en realidad se está preguntado es si ella puede controlar o no esos problemas. Si yo estuviera en su lugar, las cosas que en realidad me harían enojar serían las cosas que yo pensara que ella hace intencionalmente.

BARRY: Sí, y yo no siempre pienso acerca de eso.

TERAPEUTA 1: Si yo creyera que lo que hace se debe a una desregulación biológica, podría ser más paciente, más compasivo, de la misma forma que si alguien se rompe la pierna y tiene problemas para subir la escalera, tendría más compasión que si pensara que está tratando deliberadamente de retrasarme.

En este programa, el terapeuta abordó directamente lo que sentía que era la fuente principal de las actitudes críticas de Barry hacia Debra: la creencia de que muchas de las conductas negativas de la mujer eran controlables e intencionales (Hooley y Licht, 1997; Micklowitz *et al.,* 1998). En algunos casos Barry podría haber tenido razón sobre las motivaciones de Debra. Pero cuestionar la controlabilidad de sus síntomas lo obligaba a considerar un conjunto diferente de explicaciones causales del comportamiento de su mujer. La distinción entre conducta controlable y no controlable es un punto clave para el tratamiento psicoeducativo de las familias de pacientes con trastorno bipolar.

Progreso de Barry y Debra

Después de concluir el tratamiento centrado en la familia, Debra siguió presentando periodos leves de depresión a pesar de su adhesión a los medicamentos. Sus depresiones eran desagradables, pero no tan graves que le impidieran conservar su empleo o atender sus obligaciones parentales. Sus breves periodos hipomaniacos en ocasiones causaban peleas entre Debra y Barry, pero no eran debilitantes. Barry y Debra se comunicaban mejor y estuvieron de acuerdo en que Barry era más paciente y menos crítico con ella. Pero Debra a menudo se sorprendía reaccionando de acuerdo con el argumento de la famosa película "Mejor imposible". Aunque era funcional, expresaba desazón por no poder tener la vida que deseaba: una carrera exitosa, una relación más íntima con su marido, más amistades, una relación más sencilla con su hija y más éxito financiero. Le resultaba difícil aceptar la realidad de su trastorno y de sus efectos psicosociales. Sin embargo, Debra sentía que el tratamiento centrado en la familia le había ayudado, y

contaba con sus medicamentos, que no pensaba descontinuar. Los terapeutas le ofrecieron canalizarla a terapia individual o de grupo, pero ella decidió continuar por el momento con un tratamiento psicosocial. A Barry se le dio el nombre de un grupo local de la Alianza Nacional sobre las Enfermedades Mentales para los cónyuges de personas con trastornos del estado de ánimo.

CONCLUSIONES

El tratamiento familiar psicoeducativo parece ser un adyuvante útil de la farmacoterapia. Sin embargo, no todos los pacientes con trastorno bipolar tienen familia y los métodos de tratamiento individual o grupal son alternativas importantes a considerar. El hallazgo de que los medicamentos para la estabilización del estado de ánimo son más eficaces para aliviar los síntomas maniacos que los depresivos, mientras que ocurre lo contrario con la psicoterapia, es un argumento a favor de combinar las intervenciones médicas y psicosociales en la atención ambulatoria del trastorno bipolar.

Existe poca investigación respecto a qué familias son mejores candidatas para recibir el tratamiento centrado en la familia. En varios de los ensayos los pacientes de familias con elevada emoción expresada muestran mayores reducciones en las puntuaciones de la gravedad del estado de ánimo luego de uno a dos años que quienes provienen de familias con baja emoción expresada. Pero se han observado disminuciones en las recaídas en pacientes de familias con alta y baja emoción expresada que recibieron tratamiento centrado en la familia. Las observaciones clínicas también sugieren que existen subgrupos de pacientes que no responden bien a este tratamiento.

Específicamente, pacientes que son inusualmente resistentes a aceptar el diagnóstico del trastorno bipolar a menudo resienten el enfoque educativo del tratamiento. Esos pacientes tienden a considerar que sus problemas tienen origen externo (es decir, que son maltratados por los demás) y se resisten a las intervenciones que requieren que asuman mayor responsabilidad de su conducta. Esos pacientes también pueden rechazar la psicoterapia. Tristemente, se ha visto a muchos pacientes que pasan por varias hospitalizaciones antes de que su trastorno se establezca.

Un tipo diferente de resistencia se origina en la idea de que el trastorno tiene una base biológica. Algunos pacientes prefieren limitar sus contactos relacionados con la enfermedad mental a las consultas con un psiquiatra para obtener medicamentos y consideran que la psicoterapia es irrelevante. No hay nada malo con esta postura, un subconjunto de pacientes funcionan bien sólo con medicamentos. La investigación futura debe determinar si este grupo autoseleccionado es diferente de los pacientes que necesitan psicoterapia en términos de las variables sintomáticas, de curso de la enfermedad o genéticas y familiares. De igual importancia, algunos pacientes con depresión bipolar II se recuperan con psicoterapia con la misma rapidez que con los medicamentos (Swartz, Frank y Cheng, 2012).

Los miembros de la familia en ocasiones son una fuente importante de resistencia. Sus razones pueden incluir el deseo de distanciarse del paciente (a quien quizá intentaron ayudar durante años sin recompensa), restricciones de tiempo o distancia, o la incomodidad de hablar de problemas familiares o de pareja en frente de un desconocido. Una razón más sutil es el temor a ser culpado por el trastorno (Hatfield, Spaniol y Zipple, 1987). El movimiento de la terapia familiar ha recorrido un largo camino, pero todavía tiene sus raíces en una cultura que culpaba a los padres de ser los causantes de la enfermedad. El modelo teórico que subyace al tratamiento centrado en la familia de

ninguna manera relaciona la crianza ineficiente con el inicio del trastorno bipolar. No obstante, a menudo es necesario que el clínico deje claro desde el inicio del tratamiento que no comparte esta postura anticuada.

DIRECCIONES FUTURAS

Es importante que en el futuro la investigación incluya estudios de efectividad que examinen el impacto de la psicoterapia administrada a los pacientes en escenarios del "mundo real" (por lo general escenarios comunitarios de salud mental), por los clínicos que trabajan en esos lugares y con las restricciones temporales con que trabajan. Como se explicó, se encontró que el tratamiento centrado en la familia es eficaz para estabilizar la depresión y conservar el bienestar en el estudio a gran escala del Programa de Tratamiento Sistemático Mejorado para el Trastorno Bipolar (PTSM-TB), el cual incluía a terapeutas que trabajaban en 15 sitios de atención ambulatoria (Miklowitz *et al.,* 2007b). Queda por ver si el tratamiento centrado en la familia, junto con otros tratamientos cuya base de evidencia incluye al programa mencionado (como la terapia cognitivo-conductual y la terapia de ritmos interpersonales y sociales) serán aceptados por los clínicos profesionales.

Un problema relacionado es determinar la estructura apropiada del tratamiento centrado en la familia. En muchos escenarios comunitarios, las compañías de seguros pagan sólo por seis a ocho sesiones. El tratamiento centrado en la familia se lleva mucho tiempo y se requiere investigación para determinar cuáles de sus componentes predicen la mayor proporción de varianza en el resultado clínico de los participantes y la calidad de vida de los miembros de la familia. Por ejemplo, es posible que algunas familias se beneficien sólo del módulo de psicoeducación o sólo del módulo de comunicación. Tal vez podrían simplificarse esos módulos sin una pérdida grande en el tamaño del efecto del tratamiento. En condiciones ideales, la decisión de modificar tratamientos como el centrado en la familia deben basarse en investigación de los resultados clínicos y no únicamente en el deseo de contener los costos.

Una dirección final es la posibilidad de aplicar el tratamiento centrado en la familia y otras psicoterapias a niños y adolescentes con trastorno bipolar o a niños genéticamente vulnerables que muestran indicios prodrómicos tempranos. Ahora se reconoce el hecho de que el trastorno bipolar se presenta incluso en edad escolar o en la adolescencia temprana y se están identificando los factores que predicen el inicio del trastorno completo (como la presencia de una historia familiar de manía) (Axelson, Birmaher, Strober *et al.,* 2011; Birmaher *et al.,*). Nuestra investigación actual está dedicada a examinar si proporcionar tratamiento centrado en la familia en las primeras etapas del trastorno disminuye el riesgo de desarrollar el síndrome completo (Miklowitz *et al.,* 2013). Es posible que los resultados sintomáticos y psicosociales negativos del trastorno bipolar adulto puedan mitigarse a través de la detección temprana y de intervenciones preventivas cuidadosamente planeadas.

RECONOCIMIENTOS

La preparación de este capítulo fue apoyada en parte por las Subvenciones Número MH439431, MH55101, MH42556, MH62555, MH073871, MH077856, MH093676 y MH097007 del Instituto Nacional de la Salud Mental; un Reconocimiento de Investigador Distinguido de la Asociación Nacional para la Investigación sobre la Esquizofrenia y la Depresión; y una Beca de Investigación del Consejo para la Investigación y el Trabajo Creativo de la Universidad de Colorado.

REFERENCIAS

Akiskal, H. S. (1996). The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: Beyond DSM-IV. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 16*(Suppl. 1), 4–14.

Alloy, L. B., Urošević, S., Abramson, L. Y., Jager-Hyman, S., Nusslock, R., Whitehouse, W. G., et al. (2012). Progression along the bipolar spectrum: A longitudinal study of predictors of conversion from bipolar spectrum conditions to bipolar I and II disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(1), 16–27.

Altshuler, L. L., Bearden, C., Green, M., van Gorp, W., & Mintz, J. (2008). A relationship between neurocognitive impairment and functional impairment: A pilot study. *Psychiatry Research, 157*, 289–293.

Altshuler, L. L., Post, R. M., Black, D. O., Keck, P. E. J., Nolen, W. A., Frye, M. A., et al. (2006). Subsyndromal depressive symptoms are associated with functional impairment in patients with bipolar disorder: Results of a large, multisite study. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*(10), 1551–1560.

Altshuler, L. L., Post, R. M., Leverich, G. S., Mikalauskas, K., Rosoff, A., & Ackerman, L. (1995). Antidepressantinduced mania and cycle acceleration: A controversy revisited. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1130–1138. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Axelson, D., Birmaher, B. J., Brent, D., Wassick, S., Hoover, C., Bridge, J., et al. (2003). A preliminary study of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children mania rating scale for children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 13*, 463–470.

Axelson, D. A., Birmaher, B., Findling, R. L., Fristad, M. A., Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., et al. (2011). Concerns regarding the inclusion of temper dysregulation disorder with dysphoria in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *Journal of Clinical Psychiatry, 72*(9), 1257–1262.

Axelson, D. A., Birmaher, B., Strober, M. A., Goldstein, B. I., Ha, W., Gill, M. K., et al. (2011). Course of subthreshold bipolar disorder in youth: Diagnostic progression from bipolar disorder not otherwise specified. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 50* (10), 1001–1016.

Baldessarini, R. J., Tondo, L., & Hennen, J. (2003). Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: Update and new findings. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*(Suppl. 5), 44–52.

Bauer, M. S., McBride, L., Williford, W. O., Glick, H., Kinosian, B., Altshuler, L., et al. (2006). Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs *Psychiatric Services, 57*, 937–945.

Berrettini, W. (2003). Evidence for shared susceptibility in bipolar disorder and schizophrenia. *American Journal of Medical Genetics, Part C, 123*, 59–64.

Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B., Strober, M., Gill, M. K., Hunt, J., et al. (2009). Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. *American Journal of Psychiatry, 166*(7), 795–804.

Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry, 55*, 547–552.

Calabrese, J. R., Fatemi, S. H., Kujawa, M., & Woyshville, M. J. (1996). Predictors of response to mood stabilizers. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 16*(Suppl. 1), 24–31.

Carlson, G. A., Findling, R. L., Post, R. M., Birmaher, B., Blumberg, H. P., Correll, C., et al. (2009). AACAP 2006 Research Forum—Advancing research in early-onset bipolar disorder: Barriers and suggestions. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 19* (1), 3–12.

Chambers, W. J., Puig-Antich, J., Hirsch, M., Paez, P., Ambrosini, P. J., Tabrizi, M. A., et al. (1985). The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview: Test–retest reliability. *Archives of General Psychiatry, 42*, 696–702.

Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., et al. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry, 60*, 402–407.

Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, A., Benabarre, A., et al. (2009). A randomized

trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of bipolar disorder: A five year follow-up. *British Journal of Psychiatry, 194*(3), 260–265.

Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., et al. (2005). Stabilizing the stabilizer: Group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disorders, 7*(Suppl. 5), 32–36.

Colom, F., Vieta, E., Tacchi, M. J., Sanchez-Moreno, J., & Scott, J. (2005). Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disorders, 7*(5), 24–31.

Coryell, W., Endicott, J., & Keller, M. (1992). Rapidly cycling affective disorder: Demographics, diagnosis, family history, and course. *Archives of General Psychiatry, 49*, 126–131.

Cuellar, A. K., Johnson, S. L., & Winters, R. (2005). Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clinical Psychology Review, 25*(3), 307–339.

Cutler, N. R., & Post, R. M. (1982). Life course of illness in untreated manic–depressive patients. *Comprehensive Psychiatry, 23*, 101–115.

Dausch, B. M., Miklowitz, D. J., & Richards, J. A. (1996). A Scale for the Global Assessment of Relational Functioning, II: Reliability and validity in a sample of families of bipolar patients. *Family Process, 35*, 175–189.

Deckersbach, T., Nierenberg, A. A., Kessler, R., Lund, H. G., Ametrano, R. M., Sachs, G., et al. (2010). Cognitive rehabilitation for bipolar disorder: An open trial for employed patients with residual depressive symptoms. *CNS Neuroscience and Therapeutics, 16*(5), 298–307.

Ehlers, C. L., Kupfer, D. J., Frank, E., & Monk, T. H. (1993). Biological rhythms and depression: The role of *zeitgebers* and *zeitstorers*. *Depression, 1*, 285–293.

Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., & McGill, C. W. (1984). *Family care of schizophrenia: A problem-solving approach to the treatment of mental illness*. New York: Guilford Press.

Fiedorowicz, J. G., Endicott, J., Leon, A. C., Solomon, D. A., Keller, M. B., & Coryell, W. H. (2011). Subthreshold hypomanic symptoms in progression from unipolar major depression to bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry, 168* (1), 40-48.

First, M. B. (2010). DSM-5 proposals for mood disorders: A cost–benefit analysis. *Current Opinion in Psychiatry, 24*(1), 1–9.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

Frank, E. (2005). *Treating bipolar disorder: A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy*. New York: Guilford Press.

Frank, E. (2011). Proposed revisions to the concept of mixed episodes in DSM-5: The path traveled (abstract). *Bipolar Disorders, 13*(1), 14.

Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., Fagiolini, A. M., et al. (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry, 62*(9), 996–1004.

Frank, E., Soreca, I., Swartz, H. A., Fagiolini, A. M., Mallinger, A. G., Thase, M. E., et al. (2008). The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. *American Journal of Psychiatry, 165*(12), 1559–1565.

Fristad, M. A., Verducci, J. S., Walters, K., & Young, M. E. (2009). Impact of multifamily psychoeducational psychotherapy in treating children aged 8 to 12 years with mood disorders. *Archives of General Psychiatry, 66*(9), 1013–1021.

Geddes, J. R. & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *Lancet, 381*, 1672–1682.

George, E. L., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Taylor, D. O. (2003). The comorbidity of bipolar disorder and Axis II personality disorders: Prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disorders, 5*, 115–122.

Gitlin, M. J., Mintz, J., Sokolski, K., Hammen, C., & Altshuler, L. L. (2011). Subsyndromal depressive symptoms after symptomatic recovery from mania are associated with delayed functional recovery. *Journal of Clinical Psychiatry, 72*(5), 692–697.

Gitlin, M. J., Swendsen, J., Heller, T. L., & Hammen, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry, 152*(11), 1635–1640.

Goes, F. S., Hamshere, M. L., Seifuddin, F., Pirooznia, M., Belmonte-Mahon, P., Breuer, R., et al. (2012).

Genomewide association of mood-incongruent psychotic bipolar disorder. *Translational Psychiatry, 2*, e180.
Goldberg, J. F. (2004). The changing landscape of psychopharmacology. In S. L. Johnson & R. L. Leahy (Eds.), *Psychological treatment of bipolar disorder* (pp. 109–138). New York: Guilford Press.
Goldberg, J. F., & Kocsis, J. H. (1999). Depression in the course of bipolar disorder. In J. F. Goldberg & M. Harrow (Eds.), *Bipolar disorders: Clinical course and outcome* (pp. 129–147). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Goldstein, B. I., Goldstein, T. R., & Miklowitz, D. J. (2008). *Integrating a substance use disorder (SUD) perspective into family-focused therapy of adolescents with bipolar disorder (FFT-A)*. Pittsburgh, PA: Western Psychiatric Institute and Clinic.
Hahlweg, K., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Magana, A. B., Mintz, J., Doane, J. A., et al. (1989). Expressed emotion and patient–relative interaction in families of recentonset schizophrenics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 11–18.
Harrow, M., Grossman, L. S., Herbener, E. S., & Davies, E. W. (2000). Ten-year outcome: Patients with schizoaffective disorders, schizophrenia, affective disorders and mood-incongruent psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry, 177*, 421–426.
Hatfield, A. B., Spaniol, L., & Zipple, A. M. (1987). Expressed emotion: A family perspective. *Schizophrenia Bulletin, 13*, 221–226.
Henin, A., Biederman, J., Mick, E., Sachs, G. S., HirshfeldBecker, D. R., Siegel, R. S., et al. (2005). Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: A controlled study. *Biological Psychiatry, 58* (7), 554–561.
Honig, A., Hofman, A., Rozendaal, N., & Dingemanns, P. (1997). Psychoeducation in bipolar disorder: Effect on expressed emotion. *Psychiatry Research, 72*, 17–22.
Hooley, J. M., & Licht, D. M. (1997). Expressed emotion and causal attributions in the spouses of depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 298–306.
Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 229–235.
Johnson, R. E., & McFarland, B. H. (1996). Lithium use and discontinuation in a health maintenance organization. *American Journal of Psychiatry, 153*, 993–1000.
Johnson, S. L. (2005a). Life events in bipolar disorder: Towards more specific models. *Clinical Psychology Review, 25*(8), 1008–1027.
Johnson, S. L. (2005b). Mania and dysregulation in goal pursuit. *Clinical Psychology Review, 25*, 241–262.
Johnson, S. L., Cuellar, A., Ruggero, C., Perlman, C., Goodnick, P., White, R., et al. (2008). Life events as predictors of mania and depression in bipolar I disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 268–277.
Johnson, S. L., Edge, M. D., Holmes, M. K., & Carver, C. S. (2012). The behavioral activation system and mania. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 143–167.
Johnson, S. L., Sandrow, D., Meyer, B., Winters, R., Miller, I., Solomon, D., et al. (2000). Increases in manic symptoms following life events involving goal-attainment. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 721–727.
Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A., et al. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry, 59*, 530–537.
Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., et al. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and Lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 980–988.
Keck, P. E., McElroy, S. L., Strakowski, S. M., West, S. A., Sax, K. W., Hawkins, J. M., et al. (1998). 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *American Journal of Psychiatry, 155*, 646–652.
Kim, E. Y., & Miklowitz, D. J. (2002). Childhood mania, attention deficit hyperactivity disorder, and conduct disorder: A critical review of diagnostic dilemmas. *Bipolar Disorders, 4*, 215–225.
Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, R. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
Kraepelin, É. (1921). *Manic– depressive insanity and paranoia*. Edinburgh, UK: Livingstone.

Kumari, V., Fannon, D., Peters, E. R., Ffytche, D. H., Sumich, A. L., Premkumar, P., et al. (2011). Neural changes following cognitive behaviour therapy for psychosis: A longitudinal study. *Brain, 134*(8), 2396–2407.

Lam, D. H., Burbeck, R., Wright, K., & Pilling, S. (2009). Psychological therapies in bipolar disorder: The effect of illness history on relapse prevention—a systematic review. *Bipolar Disorders, 11*(5), 474–482.

Lam, D. H., Hayward, P., Watkins, E. R., Wright, K., & Sham, P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: Cognitive therapy outcome after 2 years. *American Journal of Psychiatry, 162*, 324–329.

Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., et al. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy of relapse prevention for bipolar affective disorder: Outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry, 60*, 145–152.

Leibenluft, E. (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *American Journal of Psychiatry, 168* (2), 129–142. Leibenluft, E., Charney, D. S., Towbin, K. E., Bhangoo, R. K., & Pine, D. S. (2003). Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *American Journal of Psychiatry, 160*, 430–437.

Leverich, G. S., & Post, R. M. (1998). Life charting of affective disorders. *CNS Spectrums, 3*, 21–37.

Leverich, G. S., Post, R. M., Keck, P. E. J., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Kupka, R. W., et al. (2007). The poor prognosis of childhood-onset bipolar disorder. *Journal of Pediatrics, 150* (5), 485–490.

Liberman, R. P., Wallace, C. J., Falloon, I. R. H., & Vaughn, C. E. (1981). Interpersonal problem solving therapy for schizophrenics and their families. *Comprehensive Psychiatry, 22*, 627–629.

Malhi, G. S., Adams, D., & Berk, M. (2009). Medicating mood with maintenance in mind: Bipolar depression pharmacotherapy. *Bipolar Disorders, 11*(Suppl. 2), 55–76.

Malkoff-Schwartz, S., Frank, E., Anderson, B. P., Hlastala, S.A., Luther, J. F., Sherrill, J. T., et al. (2000). Social rhythm disruption and stressful life events in the onset of bipolar and unipolar episodes. *Psychological Medicine, 30*, 1005–1016.

Malkoff-Schwartz, S., Frank, E., Anderson, B., Sherrill, J. T., Siegel, L., Patterson, D., et al. (1998). Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes: A preliminary investigation. *Archives of General Psychiatry, 55*, 702–707.

Masi, G., Mucci, M., Pfanner, C., Berloffa, S., Magazù, A., & Perugi, G. (2012). Developmental pathways for different subtypes of early-onset bipolarity in youths. *Journal of Clinical Psychiatry, 73*(10), 1355–1341.

Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M. A., Petukhova, M., et al. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 64*(5), 543–552.

Merikangas, K. R., Cui, L., Kattan, G., Carlson, G. A., Youngstrom, E. A., & Angst, J. (2012). Mania with and without depression in a community sample of US adolescents. *Archives of General Psychiatry, 69* (9), 943–951.

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., et al. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry, 68* (3), 241–251.

Meyer, B., Johnson, S. L., & Winters, R. (2001). Responsiveness to threat and incentive in bipolar disorder: Relations of the BIS/BAS scales with symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*, 133–143.

Miklowitz, D. J. (2008a). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence. *American Journal of Psychiatry, 165*(11), 1408–1419.

Miklowitz, D. J. (2008b). *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach* (2nd ed.). New York: Guilford Press. Miklowitz, D. J. (2012). A family intervention approach to bipolar disorder and substance abuse in late adolescence. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 68* (5), 502–513.

Miklowitz, D. J., Axelson, D. A., Birmaher, B., George, E. L., Taylor, D. O., Schneck, C. D., et al. (2008). Familyfocused treatment for adolescents with bipolar disorder: Results of a 2-year randomized trial. *Archives of General Psychiatry, 65*(9), 1053–1061.

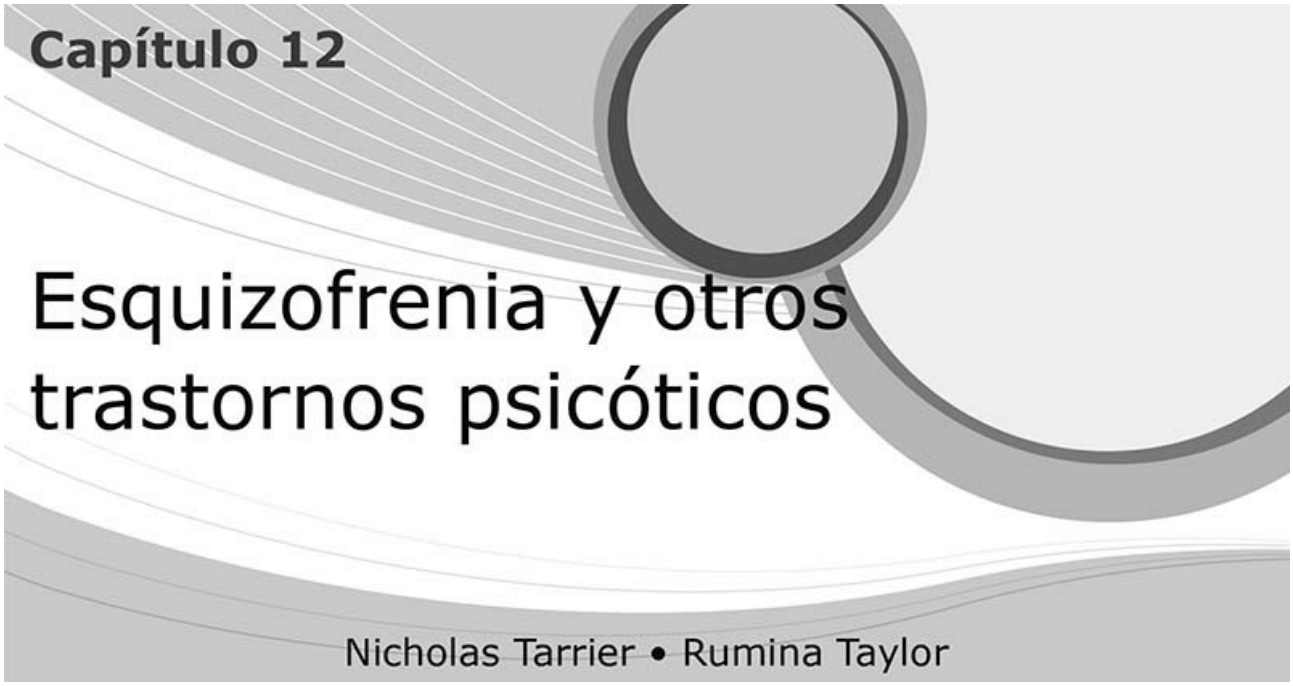
Miklowitz, D. J., Axelson, D. A., George, E. L., Taylor, D. O., Schneck, C. D., Sullivan, A. E., et al. (2009). Expressed emotion moderates the effects of family-focused treatment for bipolar adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48*, 643–651.

Miklowitz, D. J., Biuckians, A., & Richards, J. A. (2006). Early-onset bipolar disorder: A family treatment

perspective. *Development and Psychopathology, 18*, 1247–1265.
Miklowitz, D. J., George, E. L., Axelson, D. A., Kim, E. Y., Birmaher, B., Schneck, C., et al. (2004). Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 82*(Suppl. 1), 113–128.
Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry, 60*, 904–912.
Miklowitz, D. J., & Goldstein, M. J. (1997). *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*. New York: Guilford Press.
Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Snyder, K. S., & Mintz, J. (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry, 45*, 225–231.
Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., Wisniewski, S. R., Kogan, J. N., et al. (2007a). Is psychosocial management effective?: In reply to Saddichha and Kumar. *Archives of General Psychiatry, 64*, 1452–1453.
Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., Wisniewski, S. R., Kogan, J. N., et al. (2007b). Psychosocial treatments for bipolar depression: A 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Archives of General Psychiatry, 64*, 419–427.
Miklowitz, D. J., Schneck, C. D., Singh, M. K., Taylor, D. O., George, E. L., Cosgrove, V. E., et al. (2013). Early intervention for symptomatic youth at risk for bipolar disorder: A randomized trial of family-focused therapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52*(2), 121–131.
Miklowitz, D. J., & Scott, J. (2009). Psychosocial treatments for bipolar disorder: Cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disorders, 11*, 110–122.
Miklowitz, D. J., Wendel, J. S., & Simoneau, T. L. (1998). Targeting dysfunctional family interactions and high expressed emotion in the psychosocial treatment of bipolar disorder. *In Session: Psychotherapy in Practice, 4*, 25–38. Miklowitz, D. J., Wisniewski, S. R., Miyahara, S., Otto, M. W., & Sachs, G. S. (2005). Perceived criticism from family members as a predictor of the 1-year course of bipolar disorder. *Psychiatry Research, 136*(2–3), 101–111.
Monk, T. H., Kupfer, D. J., Frank, E., & Ritenour, A. M. (1991). The Social Rhythm Metric (SRM): Measuring daily social rhythms over 12 weeks. *Psychiatry Research, 36*, 195–207.
Murray, G., Suto, M., Hole, R., Hale, S., Amari, E., & Michalak, E. E. (2011). Self-management strategies used by "high functioning" individuals with bipolar disorder: From research to clinical practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18* (2), 95–109.
Napier, A. Y., & Whitaker, C. (1988). *The family crucible: The intense experience of family therapy*. New York: Harper & Row.
O'Connell, R. A., Mayo, J. A., Flatow, L., Cuthbertson, B., & O'Brien, B. E. (1991). Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. *British Journal of Psychiatry, 159*, 132–129.
Priebe, S., Wildgrube, C., & Muller-Oerlinghausen, B. (1989). Lithium prophylaxis and expressed emotion. *British Journal of Psychiatry, 154*, 396–399.
Rea, M. M., Tompson, M., Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Hwang, S., & Mintz, J. (2003). Family focused treatment vs. individual treatment for bipolar disorder: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 482–492.
Sachs, G. S., Nierenberg, A. A., Calabrese, J. R., Marangell, L. B., Wisniewski, S. R., Gyulai, L., et al. (2007). Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. *New England Journal of Medicine, 356*(17), 1711–1722.
Sato, T., Bottlender, R., Schröter, A., & Möller, H. J. (2003). Frequency of manic symptoms during a depressive episode and unipolar "depressive mixed state" as bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 107*(4), 268–274.
Sala, R., Axelson, D. A., Castro-Fornieles, J., Goldstein, T. R., Ha, W., Liao, F., et al. (2010). Comorbid anxiety in children and adolescents with bipolar spectrum disorders: prevalence and clinical correlates. *Journal of Clinical Psychiatry, 71*(10), 1344–1350.
Salavert, J., Caseras, X., Torrubia, R., Furest, S., Arranz, B., Duenas, R., et al. (2007). The functioning of the Behavioral Activation and Inhibition Systems in bipolar I euthymic patients and its influence in subsequent

episodes over an eighteen-month period. *Personality and Individual Differences, 42*(7), 1323–1331.
Scherk, H., Pajonk, F. G., & Leucht, S. (2007). Secondgeneration antipsychotic agents in the treatment of acute mania: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of General Psychiatry, 64*(4), 442–455.
Schlosser, D. A., Miklowitz, D. J., O'Brien, M. P., De Silva, S., Zinberg, J. L., & Cannon, T. D. (2012). A randomized trial of family-focused treatment for adolescents and young adults at risk for psychosis: Study rationale, design, and methods. *Early Intervention in Psychiatry, 6*(3), 283–291.
Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., et al. (2006). Cognitive behaviour therapy for severe and recurrent bipolar disorders: A randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 188*, 313–320.
Simon, G. E., Ludman, E. J., Bauer, M. S., Unutzer, J., & Operskalski, B. (2006). Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry, 63*(5), 500–508.
Simoneau, T. L., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., Saleem, R., & George, E. L. (1999). Bipolar disorder and family communication: Effects of a psychoeducational treatment program. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 588–597. Simoneau, T. L., Miklowitz, D. J., & Saleem, R. (1998). Expressed emotion and interactional patterns in the families of bipolar patients. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 497–507.
Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): I. History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry, 49* (8), 624–629.
Strakowski, S. M., Keck, P. E., McElroy, S. L., West, S. A., Sax, K. W., Hawkins, J. M., et al. (1998). Twelve-month outcome after a first hospitalization for affective psychosis. *Archives of General Psychiatry, 55*, 49–55.
Suppes, T., Leverich, G. S., Keck, P. E., Nolen, W. A., Denicoff, K. D., Altshuler, L. L., et al. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network: II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders, 67*, 45–59.
Suppes, T., Mintz, J., McElroy, S. L., Altshuler, L. L., Kupka, R. W., Frye, M. A., et al. (2005). Mixed hypomania in 908 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Network: A sex-specific phenomenon. *Archives of General Psychiatry, 62*(10), 1089–1096.
Swann, A. C., Dougherty, D. M., Pazzaglia, P. J., Pham, M., & Moeller, F. G. (2004). Impulsivity: A link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disorders, 6*, 204–212.
Swartz, H. A., Frank, E., & Cheng, Y. (2012). A randomized pilot study of psychotherapy and quetiapine for the acute treatment of bipolar II depression. *Bipolar Disorders, 14*(2), 211–216.
Van Meter, A. R., Moreira, A. L., & Youngstrom, E. A. (2011). Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(9), 1250–1256.
Vaughn, C. E., & Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenia and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry, 129*, 125–137.
Vitiello, B., & Swedo, S. (2004). Antidepressant medications in children. *New England Journal of Medicine, 350*, 1489–1491.
Weinstock, L. M., & Miller, I. W. (2008). Functional impairment as a predictor of short-term symptom course in bipolar I disorder. *Bipolar Disorders, 10* (3), 437–442.
Weinstock, L. M., Strong, D., Uebelacker, L. A., & Miller, I.
W. (2009). Differential item functioning of DSM-IV depressive symptoms in individuals with a history of mania versus those without: An item response theory analysis. *Bipolar Disorders, 11*(3), 289–297.
Weisman, A., Lopez, S. R., Karno, M., & Jenkins, J. (1993). An attributional analysis of expressed emotion in MexicanAmerican families with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 601–606.
Wendel, J. S., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., & George, E. L. (2000). Expressed emotion and attributions in the relatives of bipolar patients: An analysis of problem-solving interactions. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 792–796.
West, A. E., & Weinstein, S. M. (2012). A family-based psychosocial treatment model. *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences, 49* (2), 86–93.
Wilens, T. E., Biederman, J., Kwon, A., Ditterline, J., Forkner, P., Moore, H., et al. (2004). Risk of substance use disorders in adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(11), 1380–1386.

Yan, L. J., Hammen, C., Cohen, A. N., Daley, S. E., & Henry, R. M. (2004). Expressed emotion versus relationship quality variables in the prediction of recurrence in bipolar patients. *Journal of Affective Disorders, 83*, 199–206.



Entre los avances más notables de la última década está el manejo directo de los síntomas "positivos" de la esquizofrenia con tratamientos psicológicos. Muchos de esos avances se originaron en el Reino Unido, donde un grupo de investigadores experimentados que trabajaban en el contexto del Servicio Nacional de Salud (SNS) desarrollaron y evaluaron esos métodos. Nick Tarrier estuvo a la vanguardia de este grupo durante ese periodo. En el contexto del manejo del caso y los medicamentos antipsicóticos, esta mezcla creativa de componentes de tratamiento ha demostrado ser efectiva lo mismo para pacientes crónicos que no responden del todo a los medicamentos que para pacientes en una fase aguda del trastorno. La evidencia es ahora suficiente para que dichos enfoques hayan sido incluidos en las recomendaciones de los gobiernos del Reino Unido y EUA en sus directrices de tratamiento con financiamiento gubernamental. Más recientemente, ha surgido evidencia clara que apoya el uso de esos procedimientos para prevenir el inicio del trastorno en las personas en riesgo. Los logros y dificultades de esas técnicas se ilustran en el caso de "Jim", quien desarrolló una complicada red de delirios reminiscentes del personaje de Russell Crowe en *Una Mente Maravillosa,* relacionados con complejas maquinaciones de otros, incluyendo amigos y familiares, para aprovecharse de él y despojarlo de su dinero y de su novia. En ningún otro lado se ilustra mejor que en este capítulo la habilidad del terapeuta para poner en práctica esos nuevos enfoques. Estos nuevos tratamientos psicológicos, con apoyo empírico, representan la vanguardia del trabajo terapéutico con esos pacientes gravemente perturbados y pueden aliviar en cierto grado la tragedia que representa la esquizofrenia. D. H. B.

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que se caracteriza por síntomas positivos de alucinaciones, delirios y alteraciones del pensamiento. Las alucinaciones suelen ser auditivas y por lo general implican escuchar voces que hablan en tercera persona sobre la persona, aunque también pueden ocurrir en otros sentidos. Los delirios suelen ser estrafalarios, se sostienen con fuerte convicción y a menudo involucran una mala interpretación de la percepción o la experiencia. Su contenido puede incluir una

variedad de temas, como el control por extraterrestres, persecución, menciones e ideas somáticas, religiosas o grandiosas. Las alteraciones del pensamiento se infieren de la interrupción y desorganización del lenguaje. Alucinaciones y delirios, y en ocasiones las alteraciones del pensamiento, se conocen como "síntomas positivos" y reflejan un exceso o distorsión del funcionamiento normal. Los "síntomas negativos" también suelen estar presentes y reflejan una disminución o pérdida de la función normal, incluyendo restricciones en la gama y productividad de pensamiento y lenguaje, y en el inicio de la conducta.

Las consecuencias de esos síntomas pueden ser disfunción del funcionamiento personal, social, ocupacional y vocacional. El funcionamiento puede verse aún más afectado por la presencia frecuente de trastornos comórbidos, en especial depresión y ansiedad, y el riesgo de suicidio es elevado. Durante muchas décadas algunos aspectos de la descripción, diagnóstico y clasificación de la esquizofrenia y los trastornos psicóticos dieron lugar a mucho debate y controversia, cuyos detalles pueden encontrarse en la mayor parte de los textos de psiquiatría. Esos detalles no se revisarán aquí excepto para decir que puede existir una variación considerable en la presentación clínica del trastorno entre pacientes y en el mismo paciente a lo largo del tiempo. Además, en años recientes la terapia cognitivo-conductual para la psicosis (TCCp) se ha concentrado en la reducción de los síntomas positivos y el malestar asociado, aspectos en los que se enfoca la mayor parte de este capítulo. El tratamiento estándar para la esquizofrenia sigue siendo el uso de medicamentos antipsicóticos y algún tipo de manejo del caso, y se supone que la terapia cognitivo conductual para la psicosis que se describe en este capítulo es una ampliación de los mismos. De hecho, revisiones recientes de las directrices del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE, 2009) del Reino Unido, y el Equipo de Investigación de Resultados para el Paciente con Esquizofrenia (Dixon *et al.,* 2010) en EUA, sugieren que debe ofrecerse la terapia cognitivo-conductual para la psicosis junto con medicamentos para quienes sufren esquizofrenia.

DESARROLLO DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA ESQUIZOFRENIA

Aunque la terapia cognitivo-conductual para la esquizofrenia sigue un tema y conjunto de principios comunes, fue desarrollada en varios centros, principalmente del Reino Unido, a partir de una serie de perspectivas teóricas y conceptuales. La notable expansión observada en los decenios de 1980 a 1989 y de 1990 a 1999 en el uso de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de los trastornos afectivos y de ansiedad influyó en los psicólogos clínicos en el campo de la esquizofrenia, quienes trataban de entender y tratar a este padecimiento con una perspectiva psicológica. Éste fue el caso en particular en el Reino Unido, donde psicólogos clínicos que trabajaban en centros de salud mental para adultos trataron una variedad de trastornos y fueron capaces de transferir sus métodos de tratamiento a varios grupos diagnósticos. Esa transferencia de habilidades y trabajo multidisciplinario fue facilitada por la estructura y función de un sistema de atención universal de la salud en el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud (National Health Service, [NHS]). Otro factor que ha contribuido al conocimiento y divulgación de la terapia cognitivo-conductual para pacientes en general y para pacientes psicóticos en particular ha sido el financiamiento del entrenamiento profesional en el ámbito de la salud, en especial de psicólogos clínicos. No obstante, la divulgación de los tratamientos en el servicio de salud y la disponibilidad universal de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis han sido lentas y no carentes de problemas (Brooker y Brabban, 2006; Tarrier, Barrowclough, Haddock y McGovern, 1999).

EVIDENCIA EMPÍRICA

Consideraciones clínicas, éticas y económicas han alentado a profesionales clínicos a orientar su trabajo por la evidencia resultante de las evaluaciones de los tratamientos. La obtención de la evidencia progresa de estudios no controlados y proyectos de pequeña escala a estudios controlados y luego a ensayos con control aleatorio (ECA) de eficacia y efectividad. A pesar de las críticas sobre la pertinencia de los ensayos con control aleatorio en el campo de la salud mental (Richardson, Baker, Burns, Lilford y Muijen, 2000; Slade y Priebe, 2001), estos siguen siendo la regla de oro con que se juzga a todos los tratamientos (Doll, 1998; Pocock, 1996; Salkovskis, 2002). Una vez que se ha establecido una base de datos de ensayos controlados, los metaanálisis pueden ofrecer una medida del nivel promedio del efecto terapéutico de dicho tratamiento. En el caso de la esquizofrenia, una serie de metaanálisis publicados sustentan la efectividad de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis en el tratamiento de los síntomas positivos de pacientes psicóticos (p. ej., Gould, Mueser, Bolton, Mays y Goff, 2001; Pilling *et al.,* 2002; Rector y Beck, 2001; Tarrier y Wykes, 2004; Zimmermann, Favrod, Trieu y Pomini, 2005), aunque algunos hallazgos son incompatibles (p. ej., Lynch, Laws y McKenna, 2010). De los 20 ensayos controlados de la terapia cognitivo-conductual para la esquizofrenia identificados por Tarrier y Wykes (2004), se dispuso de datos de 19 estudios sobre sus efectos en los síntomas positivos. Esos estudios tienen un tamaño del efecto promedio de 0.37 (*DE* = 0.39, mediana = 0. 32), con un rango entre -0.49 y 0.99. Usando la convención de Cohen (1988) para categorizar los tamaños del efecto, 14 (74%) estudios lograron por lo menos un tamaño del efecto pequeño, seis (32%) al menos un tamaño del efecto moderado y tres (16%) lograron un tamaño del efecto grande. En general, esos estudios indican un tamaño del efecto modesto en el mejoramiento de los síntomas positivos en comparación con la atención psiquiátrica estándar (tratamiento usual o TU), lo que probablemente no es sorprendente dada la naturaleza y gravedad del trastorno. Un metaanálisis y revisión actualizados indicaron que los tamaños del efecto fueron de 0.476 para la terapia cognitivo conductual para la psicosis en los síntomas positivos de 30 ensayos, 0.474 para los síntomas negativos de 14 ensayos, 0.477 para el funcionamiento social de 11 estudios y 0.424 para la depresión de 11 estudios (Wykes, Everitt, Steele y Tarrier, 2008).

Estos hallazgos fueron ampliados en un metaanálisis que examinó la efectividad de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis en el seguimiento (de tres a 15 meses después del tratamiento) en comparación con el tratamiento usual y otros tratamientos psicológicos (psicoeducación e intervención familiar). Sarin, Wallin y Widerlöv (2011) incluyeron 22 estudios y 2 469 participantes. Cuando la terapia cognitivo-conductual para la psicosis se comparó en el seguimiento con el tratamiento usual y con otros tratamientos psicológicos inmediatamente después de terminar, se encontró una tendencia a favor de la terapia cognitivo conductual para la psicosis, aunque ésta no fue estadísticamente significativa. Por consiguiente, parecía haber una demora en los efectos de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis.

Manejo de síntomas en la esquizofrenia crónica

A pesar del medicamento de mantenimiento, un porcentaje considerable de pacientes con esquizofrenia siguen teniendo alucinaciones y delirios persistentes que ya no responden a la medicación. La mayor parte de los estudios de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis se han llevado a cabo con pacientes que tienen enfermedades crónicas. Esos estudios, de los cuales se dispone de datos para 16, tienen un tamaño del efecto promedio de 0.4 (*DE* = 0.32, mediana = 0.33), con un rango de -0.32 a 0.99 (Tarrier y Wykes, 2004). Otra estrategia ha sido adoptar un enfoque menos genérico y enfocar la terapia cognitivo conductual para la psicosis en un grupo de participantes más definidos o en síntomas específicos. Por ejemplo, Fowler y colaboradores (2009) reclutaron a jóvenes con psicosis temprana, funcionamiento social pobre y desempleo a quienes ofrecieron una intervención cognitiva-conductual diseñada para mejorar la recuperación social. En comparación con el grupo que sólo recibió el tratamiento usual, quienes tenían problemas de psicosis no afectiva y recuperación social que recibieron terapia cognitivo-conductual demostraron incrementos significativos en el número de horas semanales de actividad constructiva y estructurada; estos resultados se asociaron además con disminuciones de importancia clínica y significativas en síntomas y desesperanza. De igual modo, Grant, Huh, Perivoliotis, Stolar y Beck (2012) evaluaron un paquete de terapia cognitiva enfocada en la recuperación administrado durante 18 meses para mejorar el funcionamiento y los síntomas negativos en personas con esquizofrenia que presentaban daños cognitivos. Quienes recibieron tratamiento mostraron mejoría significativa en el funcionamiento global y en los síntomas positivos y negativos (motivación). En un estudio temprano, Trower y colaboradores (2004) enfocaron la terapia cognitiva en la disposición a acatar las órdenes recibidas en las alucinaciones. En el seguimiento realizado a los 12 meses el grupo que recibió la terapia cognitiva conservaba las reducciones significativas en el poder y omnisciencia percibidos en las voces, la conducta asociada de sometimiento y el malestar y depresión. En la actualidad se lleva a cabo la reproducción de este estudio en un ensayo con control aleatorio realizado en centros múltiples con un seguimiento más largo que permita a los investigadores sacar conclusiones más precisas respecto con la efectividad y durabilidad de dicha intervención (Birchwood *et al.,* 2011). En relación con el tratamiento de creencias delirantes, recientemente han surgido aproximaciones que abordan con éxito la preocupación, insomnio y sesgos del razonamiento, condiciones que se cree mantienen la persistencia de los delirios y el malestar relacionado (puede encontrar una revisión de esos estudios en el trabajo de Freeman, 2011).

Recuperación de síntomas en la esquizofrenia aguda

Un puñado de estudios han investigado el uso de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis en el tratamiento de pacientes gravemente enfermos y hospitalizados por un episodio psicótico agudo. Debido a que los participantes se encuentran en un estado agudo de la enfermedad y probablemente de suspicacia, agitación e inestabilidad, el

tratamiento suele administrarse como **terapia revestida** que incluye una variedad de duraciones en que puede administrarse de manera flexible. Dos estudios han producido tamaños del efecto de -0.49 a 0.93 (Drury, Birchwood, Cochrane y Macmillan, 1996; Haddock, Tarrier *et al.,* 1999), lo que indica una varianza considerable en este pequeño número de estudios. El Estudio de la Terapia Cognitiva para la Alineación con la Realidad en la Esquizofrenia Temprana (Study of Cognitive Reality Alignment Therapy in Early Schizophrenia [SoCRATES]) (Lewis *et al.,* 2002), que es por mucho el estudio más grande y con mayor rigor metodológico, reclutó a 309 pacientes con esquizofrenia de inicio temprano y produjo un tamaño del efecto de 0.12. En un seguimiento de este ensayo a los 18 meses, tanto la terapia cognitivo conductual para la psicosis como el consejo de apoyo seguían mostrando beneficio clínico sobre el tratamiento usual solo, aunque hubo tendencia a una mejor respuesta de las alucinaciones auditivas a la terapia cognitivo conductual para la psicosis (Tarrier, Lewis *et al.,* 2004). Un ensayo con control aleatorio más reciente incluyó a participantes en la fase aguda de su primer episodio de psicosis que recibieron terapia cognitivo-conductual para la psicosis o un trato amistoso; la terapia cognitivo conductual para la psicosis mejoró significativamente el funcionamiento en comparación con el trato amistoso a mitad y a final del tratamiento con un tamaño del efecto de 0.39, pero no mejoró los síntomas (Jackson *et al.,* 2008).

Igual que en el estudio SoCRATES, la terapia cognitivo-conductual para la psicosis parecía fomentar la pronta recuperación (Lewis *et al.,* 2002). Sin embargo, para el seguimiento realizado al año se había perdido cualquier diferencia entre los grupos que recibieron terapia cognitivo-conductual para la psicosis y trato amistoso. Además, la falta de un grupo con el tratamiento usual significó que no se considerara cualquier tratamiento adicional que recibieran los participantes como resultado de su fase aguda (Jackson *et al.,* 2008).

Prevención de recaídas

Varios estudios han investigado la capacidad de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis para prevenir o demorar futuros episodios agudos. La recaída es un resultado importante debido a la alteración, angustia y costos económicos que conlleva la exacerbación de los síntomas. Varios estudios han encontrado que las intervenciones con terapia cognitivo-conductual para la psicosis, donde la prevención de recaídas era sólo uno de varios componentes, tuvieron poco éxito, y cuatro de esos estudios demostraron una reducción promedio de las recaídas de sólo 1.4%, en comparación con los tratamientos de control, el éxito fue mayor en los casos en que la terapia cognitivo-conductual para la psicosis se enfocaba directamente en la prevención de recaídas y dos de esos estudios demostraron una disminución promedio en las recaídas de 21% (Tarrier y Wykes, 2004). El metaanálisis más reciente de Sarin y colaboradores (2011), que incluyó un puñado de estudios que compararon a la terapia cognitivo-conductual para psicosis con el tratamiento usual y otras intervenciones psicológicas para examinar las tasas de recaída, no encontró ninguna evidencia sólida de que la terapia cognitivo-conductual para la psicosis tuviera efectos en la prevención de recaídas. En un

seguimiento hecho al año se encontró también que ofrecer terapia cognitiva en la fase aguda no tenía éxito en la reducción de admisiones hospitalarias ni en el número total de días pasados en el hospital (Jackson *et al.,* 2008). Un ensayo con control aleatorio grande, realizado en centros múltiples y metodológicamente robusto, investigó la efectividad de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis y una intervención familiar diseñadas específicamente para la prevención de recaídas y la reducción de síntomas en pacientes con psicosis que habían recaído recientemente (Garety *et al.,* 2008). Ninguna de esas intervenciones tuvo éxito en la remisión o recaída en los seguimientos hechos a los 12 o 24 meses, aunque la terapia cognitivo conductual para la psicosis disminuyó la depresión y los síntomas y mejoró el funcionamiento social, mientras que el trabajo familiar mejoró la angustia asociada con los delirios. Sin embargo, en un estudio posterior del mismo grupo de investigadores, donde se utilizó una nueva metodología estadística para reexaminar los datos (Dunn *et al.,* 2012), se encontró que la terapia cognitivo-conductual para la psicosis incrementaba los meses en remisión y reducía los síntomas, pero sólo si se concluía e incluía una serie de estrategias cognitivas y conductuales dirigidas a la prevención de recaídas y a los síntomas.

Intervención temprana

Además del efecto en individuos con psicosis más establecidas, existe un interés creciente en desviar el curso de la esquizofrenia en una etapa temprana. Morrison y colaboradores (2004) reportaron un estudio que utilizó técnicas de la terapia cognitivo-conductual en este grupo en un intento de prevenir o posponer el primer episodio agudo del trastorno mediante la intervención en un período prodrómico. Su técnica se enfocó no en síntomas positivos francos sino en las dificultades para resolver problemas. El resultado de este primer ensayo con control aleatorio resultó prometedor. La terapia cognitivo-conductual para la psicosis demostró ser mejor que el tratamiento usual para impedir la progresión a la psicosis evitando la prescripción de medicamentos antipsicóticos y disminuyendo los síntomas. Sin embargo, esos resultados no se repitieron en un ensayo con control aleatorio más reciente, realizado en centros múltiples, que comparó la terapia cognitiva ofrecida a jóvenes en riesgo de enfermedad mental grave y el tratamiento usual. No hubo diferencias entre los grupos en términos de la transición a la psicosis en el curso de 12 a 24 meses, aunque los autores discuten la posibilidad de que su estudio no pudiera detectar una diferencia debido a tasas de conversión inesperadamente bajas en el grupo control, y cuestionaron el estado de riesgo mental de su muestra, así como el impacto de su condición control de supervisión activa (Morrison, French *et al.,* 2012). La terapia confirió beneficios clínicamente significativos en la frecuencia e intensidad de los síntomas. Este mismo grupo de investigación ha evaluado también la efectividad de la terapia cognitiva para quienes ingresaron a servicios de intervención temprana que descontinuaron los medicamentos antipsicóticos (Morrison, Hutton *et al.,* 2012). Todos los participantes recibieron terapia que se asoció con mejorías en los síntomas positivos y negativos y en el funcionamiento al final del tratamiento y en el seguimiento, así como en incrementos en la recuperación según la calificación de los pacientes en el seguimiento.

Un metaanálisis reciente de ensayos con control aleatorio de servicios de intervención temprana, terapia cognitivo-conductual e intervenciones familiares en individuos con psicosis temprana (de tres a cinco años después del inicio de la enfermedad) confirmó los efectos positivos de las intervenciones en este período crucial. Los servicios de intervención temprana, que incluían terapia cognitivo-conductual para la psicosis, trabajo con la familia y medicamentos como parte del paquete de atención, facilitaron el acceso y compromiso con el tratamiento, así como la reducción en las tasas de recaídas, admisiones hospitalarias y síntomas. La terapia cognitivo-conductual para la psicosis por sí sola mejoró la gravedad de los síntomas en un seguimiento realizado a los dos años, mientras que la terapia familiar mejoró las tasas de recaídas y las admisiones hospitalarias al final del tratamiento (Bird *et al.,* 2010). Por consiguiente, parece ventajoso que los servicios de intervención temprana ofrezcan un plan integral de tratamiento en las etapas iniciales de la enfermedad.

Resumen de la evidencia

La evidencia de que la terapia cognitivo-conductual para la psicosis reduce los síntomas positivos en pacientes con esquizofrenia crónica en remisión parcial es buena; aunque la evidencia de que dicha terapia acelera la recuperación de pacientes en una fase aguda de la enfermedad al nivel de lograr un beneficio clínico significativo es más ambigua. Las reducciones en las tasas de recaídas se alcanzan cuando la intervención se enfoca en su reducción, pero son decepcionantes para la versión estándar de terapia cognitivo-conductual para la psicosis. Existe evidencia positiva del efecto benéfico de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis y la intervención familiar en pacientes en los servicios de intervención temprana que se encuentran en las primeras etapas de la enfermedad. Ofrecer terapia cognitivo-conductual en la fase prodrómica supone poco beneficio adicional en términos de prevenir la psicosis completa en individuos vulnerables, aunque puede haber mejoría en los síntomas.

AVANCES TEÓRICOS

Ha existido considerable debate teórico sobre la comprensión de la esquizofrenia, donde dominan las explicaciones biológicas. Sin embargo, sistemáticamente se ha demostrado la influencia de los factores psicológicos y sociales en el curso de la esquizofrenia, por lo que han sido incorporados en modelos de diátesis-estrés que enfatizan la importancia de dichos factores psicosociales en la precipitación y mantenimiento de episodios psicóticos (Nuechterlein, 1987). Aunado a los avances en la terapia cognitivo-conductual se han desarrollado modelos cognitivos (Garety, Kuipers, Fowler, Freeman y Bebbington, 2001) que se espera darán lugar al perfeccionamiento de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis a medida que se desarrollen y sean sometidos a pruebas empíricas. Por ejemplo, aunque esta forma de terapia parece tener poco efecto significativo en la disminución del riesgo suicida (Tarrier, Haddock *et al.,* 2006), se espera que al mejorar la comprensión conceptual de los mecanismos psicológicos que subyacen a dicho riesgo surgirán intervenciones enfocadas en su reducción (Bolton, Gooding, Kapur, Barrowclough y Tarrier, 2007; Johnson, Gooding y Tarrier, 2008).

En el caso de la esquizofrenia, todas las variantes de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis comparten una serie de estrategias clínicas como el compromiso y establecimiento de una relación terapéutica, la evaluación con base en la formulación individualizada del caso que identifique la experiencia psicótica (síntoma) y establezca asociaciones entre la cognición, la conducta y el afecto del paciente dentro del contexto ambiental en respuesta a esta experiencia, y una estrategia de intervención que se fundamente en esta formulación y utilice métodos cognitivos y conductuales para disminuir los síntomas psicóticos y la angustia emocional asociada. A los pacientes se les enseña tanto a estar al tanto de sus síntomas como métodos para manejarlos (p. ej., aprender a controlar las alucinaciones auditivas dejando de prestarles atención o pensando en explicaciones alternativas de sus experiencias).

Los pacientes pueden adquirir estrategias de afrontamiento separadas en sus componentes, que aprenden individualmente y luego agregan en una estrategia global. Los pacientes sobreaprenden esas estrategias de afrontamiento durante las sesiones para asegurar que puedan utilizarlas fuera de terapia. Aprender esas técnicas de control les permite cuestionar las creencias que puedan haber tenido como "Las voces son incontrolables", "Las voces son omnipotentes" y "Debo obedecer a las voces". De este modo, al aprender a controlar procesos psicológicos básicos como la atención (mediante el cambio de atención y la distracción), los pacientes aprenden también a cuestionar sus creencias sobre sus experiencias y síntomas. También pueden utilizarse experimentos conductuales y pruebas de realidad para refutar las creencias delirantes e inapropiadas. Se presta particular atención a la identificación de conductas de evitación y de seguridad que refuerzan las creencias inapropiadas. Cambiar esas conductas es un método poderoso para cambiar las creencias y los delirios. Puede apoyarse a los pacientes en sus intentos de cambio conductual por medio de las autoinstrucciones y estrategias de afrontamiento que disminuyen la activación (p. ej., ejercicios de respiración, relajación rápida, imaginería guiada y facilitación del diálogo interno positivo orientado a la tarea). En algunos casos refractarios, los pacientes están convencidos e inamovibles en la creencia de que sus delirios son verdaderos y no muestran disposición a examinar la veracidad de esta experiencia subjetiva. En esos casos, el clínico debe negociar las metas del tratamiento y orientarlo más a la disminución del malestar que a los síntomas en sí. No hacerlo probablemente resulte en que el paciente se aleje y se niegue a recibir tratamiento.

Con frecuencia sucede que las creencias delirantes del paciente persisten a pesar de la evidencia que las contradice, incluyendo la evidencia que ocurre naturalmente y la elaborada por el terapeuta por medio de experimentos conductuales y pruebas de realidad. Para debilitar esas explicaciones delirantes, el terapeuta debe usar todas las oportunidades ofrecidas por el descubrimiento guiado y el cuestionamiento socrático para reconsiderar la evidencia a favor de la explicación del paciente sobre los eventos y debilitar así los delirios.

Se recomienda señalar la evidencia contradictoria con una actitud de sorpresa y desconcierto, lo que a menudo se conoce como la técnica Columbo, de modo que el paciente tenga que explicar las contradicciones y revisarla a la luz de esta nueva evidencia. Aunque en el caso de los delirios muy fuertes esto puede ser un proceso lento, las creencias delirantes pueden ser debilitadas o, como sucede en algunos casos, pueden mantenerse o regresar, pero con una disminución considerable en su importancia y naturaleza angustiante. Por ejemplo, una paciente anciana tratada por uno de los autores (N. T.) experimentaba alucinaciones auditivas de naturaleza blasfema y obscena. Creía que su cerebro actuaba como transmisor y emisor de sus pensamientos, por lo que otras personas cercanas podían escuchar sus pensamientos blasfemos y obscenos. Su principal contacto social eran su iglesia local y el club social asociado. Un domingo, durante el servicio eclesiástico escuchó las voces y quedó convencida de que sus pensamientos sobre esas voces habían sido transmitidos en voz alta a toda la congregación. Se sintió tan mortificada y avergonzada que abandonó la iglesia y no pudo regresar o mantener el contacto social con sus amigas. Estaba convencida de que había sido aislada por la congregación de la iglesia. Si se le preguntaba por la evidencia de que así era, contestaba que se había encontrado en la ciudad con algunos miembros de la congregación y que la habían ignorado por completo, lo que reforzó su sensación de exclusión, vergüenza y repulsión por sí misma. Al ser interrogada con mayor detalle, dijo que mientras caminaba por la acera había visto a sus amigas conducir a cierta distancia. Existía una alta probabilidad de que no la hubieran visto, por lo que se cuestionó la evidencia de que era excluida. Se acordó una meta de tratamiento que pondría a prueba su interpretación de la situación. Si el temor de que la congregación de la iglesia la rehuiría en caso de que regresara era real, podía esperar una reacción negativa cuando regresara a la iglesia. Si el temor era irracional, no debería haber reacción negativa; de hecho, los otros deberían mostrarse complacidos de verla regresar. La idea de regresar a la iglesia le hizo sentir mucha ansiedad, pero manejó el regreso con métodos que había aprendido para afrontar la experiencia de alucinaciones auditivas y ansiedad. Para su sorpresa, lejos de ser evitada o aislada fue recibida con calidez y consideración. Esta experiencia debilitó considerablemente sus creencias de que los demás podían escuchar sus pensamientos, y sus delirios fueron calificados como mínimos. Cuando algunos meses después se le preguntó por los hechos en el seguimiento, dijo que creía que los demás podían escuchar sus pensamientos, pero que como al parecer no los molestaban, ¡a ella tampoco le preocupaban! En este caso, su explicación delirante de los hechos pasados había regresado, pero ya no la angustiaba ni alteraba su funcionamiento social.

También se ha hecho hincapié en mejorar la autoestima y los sentimientos de valor personal del paciente, una adición al tratamiento que ha demostrado ser efectiva y bien recibida por los pacientes (Hall y Tarrier, 2003). En este capítulo se han ubicado esos métodos después del tratamiento de los síntomas, lo que indica una progresión de la reducción de los síntomas al aumento de la autoestima. Sin embargo, no existe razón para no iniciar la mejoría de la autoestima al principio del tratamiento, lo que puede ser deseable en algunos casos.

El futuro puede deparar nuevas y emocionantes oportunidades para el uso de la tecnología como teléfonos inteligentes tanto en la realización de evaluaciones e intervenciones en tiempo real como en la individualización de los protocolos de tratamiento (Kelly *et al.,* 2012).

Fases del trastorno y su relación con los propósitos del tratamiento

La esquizofrenia, un trastorno complejo que puede ser permanente, pasa por una serie de fases. Por ejemplo, la fase prodrómica que ocurre antes de un episodio psicótico avanzado se caracteriza por síntomas inespecíficos y síntomas de ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio y experiencia cuasipsicótica (p. ej., pensamiento mágico, sentimientos de paranoia). La fase prodrómica se desarrolla en un episodio psicótico en que están presentes los síntomas psicóticos floridos que interfieren gravemente el funcionamiento. Un episodio psicótico requiere un manejo agudo que con frecuencia incluye hospitalización. A la recuperación de un episodio agudo de psicosis le sigue un período de remisión o remisión parcial en que se administran dosis de mantenimiento de medicamentos antipsicóticos. No es inusual que en las fases de recuperación y remisión permanezcan síntomas residuales y, en algunos casos que la recuperación sea, si acaso, muy pobre. Los propósitos y estrategias del tratamiento de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis varían dependiendo de la fase del trastorno. Por ejemplo, durante la fase prodrómica el propósito es prevenir la transición a un episodio psicótico completo; durante un episodio agudo el propósito es acelerar la recuperación; durante la remisión parcial, el propósito es disminuir los síntomas residuales e impedir otras recaídas; y en la remisión completa el propósito es mantener bien al paciente. Los detalles de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis pueden variar dependiendo de esos propósitos y de la fase del trastorno en que se aplican.

Por ejemplo, durante una admisión por un episodio psicótico agudo el paciente suele encontrarse alterado, angustiado y agitado, por lo que las sesiones de terapia suelen ser breves y frecuentes, mientras que en el caso de los pacientes crónicamente enfermos que viven dentro de la comunidad, las sesiones de la terapia siguen el formato ambulatorio normal. En todos los casos, la terapia se ajusta a la tolerancia del paciente y, a excepción de casos extraordinarios, la terapia cognitivo-conductual para la psicosis acompaña siempre a la medicación antipsicótica apropiada. En la tabla 12-1 se resumen las diversas fases del trastorno y las estrategias apropiadas de tratamiento.

Tabla 12-1. Propósitos y métodos de tratamiento en diferentes fases de la esquizofrenia

Fase	Propósito	Método de tratamiento
Prodrómica antes la enfermedad	Prevenir la transición a la psicosis completa	Terapia cognitivo-conductual para los primeros indicios y prevención del recrudecimiento de los síntomas
Episodio agudo	Recuperación rápida	Terapia cognitivo-conductual y entrenamiento para el afrontamiento
Remisión parcial, con síntomas residuales	Disminución de síntomas	Terapia cognitivo conductual y mejoramiento de la autoestima
Remisión	Prevención de	Terapia cognitivo-conductual para estar bien e

	recaídas	intervención familiar
Prodrómica de la recaída	Abortar la recaída	Identificación de indicios tempranos y prevención de recaídas

Características asociadas y discapacidad

Es importante que el clínico preste atención tanto a las características asociadas y los factores complejos como a los síntomas del trastorno que van de los efectos de la enfermedad en los procesos psicológicos básicos (p. ej., atención) a problemas clínicos (p. ej., riesgo de suicidio) a problemas sociales (p. ej., privación social y pocas oportunidades de empleo). En la tabla 12-2 se resumen esas características asociadas.

Tabla 12-2. Características asociadas con la esquizofrenia: características que deben ser evaluadas y consideradas como dificultades potenciales en el tratamiento psicológico de la esquizofrenia

Psicológicas
- Alteración o ralentización de los procesos de pensamiento
- Dificultad para discriminar la señal del ruido
- Atención restringida
- Hipersensibilidad a las interacciones sociales
- Dificultad para procesar las señales sociales
- Afecto plano y restringido
- Activación elevada y regulación disfuncional de la activación
- Hipersensibilidad al estrés y a los sucesos de la vida
- Alto riesgo de depresión y desesperanza
- Efectos del trauma
- Estigmatización
- Disminución en la autoestima y valor personal
- Riesgo elevado de abuso de drogas y alcohol
- Riesgo elevado de suicidio y conductas autolesivas
- Interferencia en el desarrollo normal en la adolescencia y la adultez temprana debido al inicio de la enfermedad

Psicosociales
- Hipersensibilidad al ambiente familiar e interpersonal (incluyendo el creado por el equipo profesional)
- Riesgo de perpetrar o de ser víctima de violencia

Sociales
- Condiciones de privación social
- Malas condiciones de vivienda
- Espiral social descendente
- Desempleo y dificultad para competir en el mercado de trabajo
- Restricción de las redes sociales
- Trayectoria psiquiátrica que interfiere con el uso de otros recursos sociales

El punto crucial es que el clínico esté consciente de que dichos problemas pueden surgir. Algunos de ellos pueden enfrentarse manteniendo el mensaje simple y breve, pero con abundante repetición (es decir, hacer uso del sobreaprendizaje en la enseñanza de las estrategias de afrontamiento). También puede ser útil anotar puntos sencillos que el paciente pueda emplear como ayuda mnemotécnica o crear un pequeño "cuaderno de ejercicios" que le permita tener un registro continuo de esos puntos. Esto suele funcionar mejor que proporcionar manuales que el paciente lee rara vez y extravía a menudo. Es importante equilibrar la naturaleza y duración de las sesiones con el nivel de tolerancia del paciente. En principio puede ser mejor realizar sesiones breves o permitir que el paciente salga cuando ha tenido suficiente. La naturaleza individualizada de la terapia es altamente estresante, por lo que las primeras sesiones pueden dedicarse a la habituación al estrés social de estar con el clínico. Enseñar al paciente estrategias sencillas para lidiar con la tensión y la ansiedad (p. ej., relajación breve) pueden ayudarlo a habituarse a la situación de terapia y le ofrecen una tarea concreta en la cual concentrar la atención. Las tareas sencillas para enfocar la atención, como concentrarse en un solo objeto en la habitación por un período breve, ayudan a disminuir el efecto de los estímulos irrelevantes en la consciencia del paciente. También es importante reconocer que algunos pacientes con esquizofrenia no presentan las señales verbales y no verbales que el terapeuta considera indicadores de angustia, depresión o tendencias suicidas severas. El afecto puede ser plano o inapropiado, lo que da lugar a que el terapeuta pase por alto señales importantes de riesgo; para evitar esta situación, así sea en parte, es importante no hacer nunca suposiciones sobre el estado mental y obtener desde el inicio el compromiso del paciente de informar al terapeuta de cambios importantes en su vida o estado de ánimo.

Por desgracia, existen problemas, como las condiciones sociales, que el terapeuta no puede cambiar y que aun así tienen impacto en el proceso de tratamiento. No obstante, no hay nada malo en tratar de defender o ayudar a los pacientes a empoderarse contribuyendo a sus intentos por mejorar sus circunstancias. Por último, es importante que el terapeuta adopte una aproximación sin juicios y que aprenda a atemperar sus propias frustraciones si el progreso de la terapia es más lento de lo que esperaba. Algunos aspectos de la esquizofrenia hacen difícil el trato con algunos pacientes, situación de la que debe estar consciente el terapeuta a fin de desarrollar una aproximación tolerante. Se ha demostrado que la falta de una relación positiva entre los encargados de manejar el caso y los pacientes se asocia con un pronóstico más pobre (Tattan y Tarrier, 2000).

CONTEXTO DE LA TERAPIA

Es altamente probable que para el momento en que un paciente es canalizado para recibir terapia cognitivo-conductual esté al cuidado de un equipo multidisciplinario de salud mental, que reciba medicamentos antipsicóticos y algún tipo de manejo de caso. Las personas que desarrollan una enfermedad psicótica usualmente reciben el diagnóstico de un profesional general, de un equipo de atención primaria o bien en la sala de urgencias, y suelen ser canalizadas a servicios de salud mental. La organización de estos servicios varía entre países, dependiendo de las filosofías y estructuras de atención a la salud, aunque el contenido de la terapia ofrecida puede ser independiente de la forma en que esté organizado el servicio. Eso implica que los procedimientos terapéuticos descritos en este capítulo pueden utilizarse en sistemas de atención que varían en su estructura y organización. Se ha ofrecido terapia cognitivo-conductual para la psicosis en pabellones cerrados y abiertos, en hospitales e instalaciones de salud ambulatorias, en instalaciones comunitarias e incluso en los hogares de los pacientes. Es probable que entre más flexible sea el sistema, más factibles sean el compromiso y asistencia del paciente. Para este fin se ofrece tratamiento en el hogar del paciente, procedimiento común en el Reino Unido.

La evidencia de ensayos de investigación indica que los tratamientos cognitivo-conductuales suelen requerir alrededor de 20 sesiones de tratamiento, las cuales pueden realizarse de manera intensiva durante tres meses o menos intensiva a lo largo de nueve meses o más. Las impresiones clínicas indican que algunos pacientes se benefician del tratamiento continuo, aunque menos intensivo, mientras que a otros les ayudan las sesiones de refuerzo. Los clínicos deberían guiarse siempre por la necesidad clínica del paciente y adoptar un enfoque de colaboración en lugar de apegarse al rígido protocolo de "talla única". Debe recordarse que la terapia cognitivo-conductual no "cura" la esquizofrenia sino que ayuda al paciente a afrontar una enfermedad crónica.

Como se mencionó, la presencia de posibles factores asociados significa que los pacientes pueden presentar una serie de dificultades clínicas, además de los síntomas psicóticos. El clínico debe estar consciente de esta posibilidad y estar preparado para abordar o tratar esos problemas antes de avanzar en el tratamiento de los síntomas psicóticos. Es posible que deba enfrentar problemas clínicos como altos niveles de ansiedad, depresión, desesperanza y conducta y riesgo suicida no sólo por ser prioridades clínicas sino por la posibilidad de que existan interacciones importantes entre esos otros trastornos y la psicosis.

El tratamiento que aquí se describe corresponde al formato individual de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis, aunque también puede administrarse en un formato de grupo. Además de ser bien recibidos por algunos pacientes, los grupos tienen la ventaja de permitir que los pacientes aprendan uno del otro. Los resultados sugieren beneficios clínicos en términos de una mejoría de la autoestima, aunque las disminuciones de los síntomas son modestas en comparación con las obtenidas en tratamientos individuales (p. ej., Barrowclough *et al.,* 2006), y cualquier mejoría parece perderse en el seguimiento (Lecomte, Leclere y Wykes, 2012).

También puede accederse a otros tratamientos psicosociales como las intervenciones familiares. En muchas publicaciones se presenta evidencia que indica que las intervenciones familiares disminuyen las tasas de recaída en individuos de alto riesgo que se encuentran en etapas iniciales y en la psicosis tardía (Bird *et al.,* 2010; Onwumere, Bebbington y Kuipers, 2011; Onwumere y Kuipers, 2011). Los detalles de la intervención familiar escapan al propósito de este capítulo (para conocer las aplicaciones clínicas de las intervenciones familiares, consulte los trabajos de Barrowclough y Tarrier, 1992; Kuipers, Onwumere y Bebbington, 2010; Mueser y Glynn, 1995; vea también capítulo 11 de Miklowitz en este volumen). Se ha combinado la terapia cognitivo-conductual individual y la intervención familiar con cierto éxito, y se sugiere que los terapeutas consideren el posible beneficio clínico de esta estrategia. Otros han ofrecido terapia familiar a personas en quienes concurren diagnósticos del espectro de la esquizofrenia y abuso de drogas, con ciertos beneficios en los síntomas y funcionamiento para los clientes y sus familiares (Mueser *et al.,* 2013). La intervención familiar concomitante puede disminuir el estrés en el ambiente familiar y contribuir a mantener la mejoría. Muchos pacientes viven solos o están separados de sus familiares, por lo que la intervención familiar no puede ser una opción.

Variables del paciente

Los pacientes con esquizofrenia representan un grupo heterogéneo donde entre 20 y 45% de sus integrantes son resistentes al tratamiento farmacológico (Kane, 1999) y entre 5 y 10% no muestra beneficio de los medicamentos antipsicóticos (Pantelis y Barns, 1996). Aunque existe confusión entre los términos **resistente al tratamiento, recuperación incompleta** e **intolerancia al tratamiento**, queda claro que, a pesar de los bien publicitados avances en los medicamentos antipsicóticos, su uso en el tratamiento convencional es ineficaz para una cantidad importante de pacientes. Por consiguiente, es importante ajustar y perfeccionar los tratamientos para identificar tanto los factores que predicen una buena respuesta al tratamiento psicológico como los casos en que no se espera beneficio para los pacientes. Por desgracia, se sabe poco en gran detalle sobre qué pacientes obtendrán o no beneficio de los tratamientos cognitivo-conductuales (Tarrier y Wykes, 2004). Entre los factores que han sido asociados con un resultado pobre se encuentran síntomas negativos de aplanamiento afectivo y alogia (empobrecimiento cognitivo) (Tarrier, 1996). Los factores asociados con un mejor resultado incluyen una duración más corta de la enfermedad, menor edad (Morrison, Turkington *et al.,* 2012), mayor capacidad de afrontamiento previa a la terapia (Premkumar *et al.,* 2011), mejor consciencia clínica y cognitiva (Emmerson, Granholm, Link, McQuaid y Jeste, 2009; Perivoliotis *et al.,* 2010), síntomas menos severos antes del tratamiento (Tarrier, Yusupoff, Kinney *et al.,* 1998), un mayor nivel educativo y mejor funcionamiento en línea base (Allott *et al.,* 2011) y receptividad a la contradicción hipotética (Brabban, Tai y Turkington, 2009; Garety *et al.,* 1997). Esos resultados sugieren una mejor respuesta de los pacientes que son más jóvenes, cuya enfermedad es menos severa, con menos déficit cognitivo severo y mejor funcionamiento, pero en la actualidad no existen normas

estrictas que sean respaldadas por la evidencia. Otro problema importante es el abandono del tratamiento. Existe alguna evidencia de que los pacientes que abandonan el tratamiento tienden a ser hombres, desempleados, sin habilidades y solteros, con un bajo nivel educativo y menor CI premórbido.

La duración de su enfermedad es larga, pero en el momento de dejar el tratamiento su enfermedad no es necesariamente grave y pueden funcionar a un nivel razonable. Se ha encontrado que el abandono es pronosticado por menos síntomas negativos, consumo de cannabis o de otras drogas y factores como carecer de un familiar que participe en el tratamiento (Stowkowy, Addington, Liu, Hollowell y Addington, 2012). Quienes abandonan el tratamiento sufren alucinaciones y delirios, son paranoides, aunque no necesariamente se muestran suspicaces del clínico, se encuentran deprimidos y moderadamente desesperanzados. La mayoría no puede ver la utilidad del tratamiento psicológico o piensa que el tratamiento no los beneficiará personalmente (Tarrier, Yusupoff, McCarthy, Kinney y Wittkowski, 1998).

Variables del terapeuta

Las variables del terapeuta incluyen una serie de factores como entrenamiento, experiencia, competencia, supervisión y estilo personal. Quienes se encargan de planificar la atención a la salud tienden a esperar, principalmente por criterios económicos, que esas complejas terapias serán llevadas a cabo por clínicos mínimamente cualificados, lo que ciertamente es un error (Tarrier *et al.,* 1999). El tratamiento psicológico de una persona con psicosis es complejo y el clínico no sólo necesita de las habilidades y experiencia para tratar al trastorno psicótico en sí sino también de la capacidad para tratar una variedad de problemas comórbidos como trastornos de ansiedad, por estrés postraumático, depresión y adictivos. Para que el clínico pueda tratar con éxito a una persona que además de una enfermedad mental grave muy probablemente presente diversos trastornos comórbidos, parece razonable esperar que posea la experiencia y entrenamiento suficiente en terapia cognitivo-conductual que le permitan reaccionar a diversas exigencias clínicas y niveles de complejidad. Un estudio reciente demostró que mejores resultados de la terapia cognitivo conductual para la psicosis se asocian con clínicos que dedican la mayor parte de su tiempo clínico a realizar esta intervención específica y que reciben supervisión frecuente (Steel, Tarrier, Stahl y Wykes, 2012). El tratamiento de trastornos psicóticos no se presta al solo seguimiento de un manual altamente prescriptivo. Como se indicó en la sección anterior sobre características asociadas y discapacidades, el clínico necesita ser competente para reconocer y priorizar una variedad de problemas clínicos que se presentan para tratamiento. También es necesario que posea cualidades personales que involucren al paciente, quien puede ser difícil de manejar o estar perturbado, y que le permitan adaptar el tratamiento a ese individuo. La investigación sugiere que la ausencia de una relación positiva se asocia con un resultado más pobre (Tattan y Tarrier, 2000), lo que indica la necesidad de que el clínico posea la experiencia y la paciencia que le permitan desarrollar esa relación y mantener el compromiso. Un estudio reciente utilizó el método Delphi para examinar los

componentes de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis, considerados importantes por los expertos del campo. Se coincidió en que los componentes esenciales eran una evaluación detallada, el uso de un modelo y formulación cognitivos, la implementación de estrategias de cambio y las actitudes que deben mantener los terapeutas (p. ej., normalización de la lógica) (Morrison y Barratt. 2010).

PROCEDIMIENTO DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL: MODELO MANCHESTER

Un modelo clínico: el modelo de afrontamiento-recuperación

El modelo desarrollado y descrito por Tarrier tiene muchas semejanzas con otros modelos y se ha beneficiado del contacto y discusión con otros investigadores del campo. El principio básico es el modelo de recuperación en que los pacientes afrontan una enfermedad potencialmente persistente que puede cambiar muchos aspectos de sus vidas, afectar sus esperanzas y aspiraciones y asociarse con trastornos comórbidos como depresión y ansiedad. El terapeuta ayuda al paciente a facilitar, en la medida de lo posible, el proceso de recuperación. El modelo de afrontamiento se asemeja y usa muchos métodos de otros enfoques de la terapia cognitivo-conductual que enfatizan el afrontamiento de los síntomas más que su curación, e interviene para modificar tanto los procesos cognitivos (p. ej., atención) como el contenido cognitivo y la conducta.

En la figura 12-1 se presenta el modelo clínico que guía el tratamiento; éste asume que la experiencia de síntomas psicóticos, alucinaciones y delirios es una interacción dinámica entre factores internos y externos. Los factores internos pueden ser biológicos o psicológicos y también pueden ser heredados o adquiridos. Por ejemplo, los factores genéticos influyen tanto en el funcionamiento bioquímico del cerebro como en la capacidad cognitiva; o bien la disfunción biológica y psicológica puede ser adquirida, por ejemplo, en déficit en la flexibilidad cognitiva y en el desarrollo de actitudes inadaptadas. Esos factores internos aumentan la vulnerabilidad de los individuos a la psicosis, y dicho riesgo es aumentado aún más por la exposición al estrés ambiental, como en ciertos ambientes interpersonales o excesivamente demandantes. La interacción entre factores internos y externos es importante tanto en el origen del trastorno como en el mantenimiento de los síntomas. La combinación de una disfunción en el procesamiento de la información como el monitoreo de la fuente de las alucinaciones (es decir, una creencia acerca del lugar del que proviene la voz) y el razonamiento probabilístico en los delirios, con disfunciones en el sistema de activación y su regulación da lugar a alteraciones de la percepción y el pensamiento que son características de la psicosis. El individuo es reactivo a esas experiencias e inicia un proceso de valoración primaria y secundaria en que trata de interpretarlas y darles significado, y luego reacciona a sus consecuencias. La valoración que hacen los pacientes de la experiencia a menudo resulta en sentimientos de amenaza y reacciones emocionales concomitantes, y en conductas de evitación y seguridad. La reacción inmediata a la experiencia psicótica es multidimensional e incluye elementos emocionales, conductuales y cognitivos. La situación puede ser agravada por efectos secundarios como un estado de ánimo deprimido, ansiedad en contextos sociales y por el efecto del trauma.

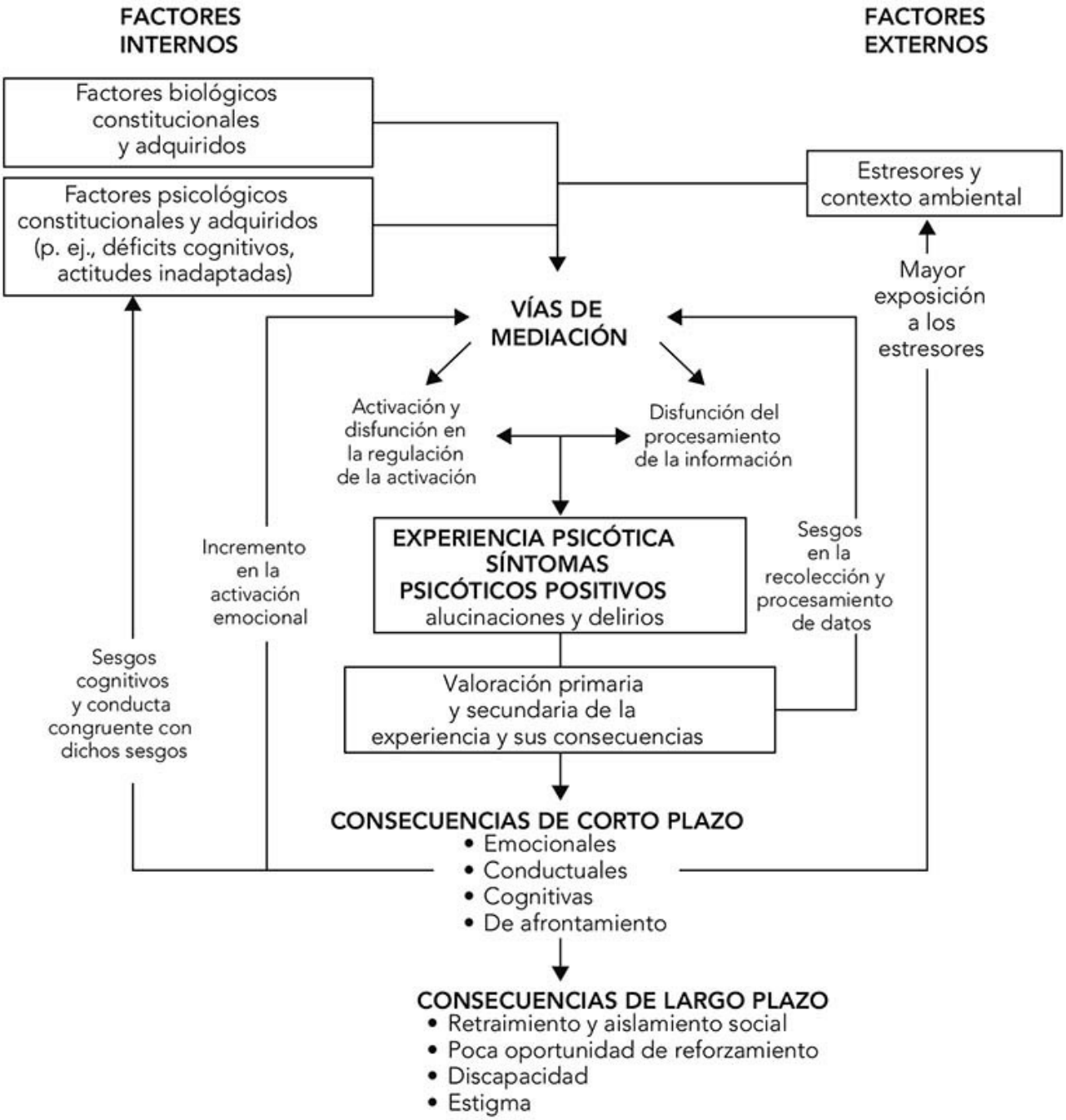


Figura 12-1. Modelo clínico de los orígenes y mantenimiento de los síntomas psicóticos

El aspecto importante del modelo es que la valoración (incluyendo las creencias sobre la experiencia) y la reacción a la experiencia psicótica se retroalimentan a través de varias rutas posibles, lo que incrementa la probabilidad de que la experiencia psicótica se mantenga o recurra. Por ejemplo, la reacción emocional a escuchar voces amenazantes o a experimentar fuertes sentimientos de paranoia puede ser de ansiedad o enojo, emociones que incluyen niveles elevados de activación autónoma que puede incrementar la probabilidad de los síntomas psicóticos, sea directamente a través del incremento

sostenido en los niveles de activación o indirectamente por medio de la afectación del procesamiento de la información. De igual modo, las respuestas conductuales a los síntomas psicóticos pueden aumentar la exposición al estrés ambiental o incrementar el riesgo de trauma (p. ej., involucrándose en actos violentos o en conductas peligrosas) lo cual mantiene o agrava los síntomas psicóticos. Por ejemplo, los pensamientos paranoides pueden dar lugar a conflicto interpersonal o bien a evitación social y retraimiento, situaciones que pueden aumentar la probabilidad de que se presenten los síntomas. Es probable que el conflicto interpersonal se interprete como evidencia de persecución, mientras que el retraimiento y el aislamiento probablemente den lugar a resentimiento y rumiación confirmatoria sin oportunidad de refutar esas creencias paranoides. La valoración de que el contenido de las voces o los pensamientos delirantes es válido y verdadero puede resultar en conducta que sea congruente con esas creencias y a un sesgo de confirmación en la obtención y evaluación de la evidencia en que se basarán juicios de realidad futuros.

Las experiencias psicóticas pueden llevar a creencias disfuncionales ante las que luego se reacciona de una forma que da lugar a su confirmación o a la incapacidad para refutarlas. Esto se conoce como el ciclo ECAC o ciclo de experiencia-creencia-acción-confirmación. Se sugiere que dichos ciclos mantienen la experiencia psicótica por medio del reforzamiento de creencias y conductas inadaptadas. El modelo genérico descrito en la figura 12-1 ofrece una imagen general de cómo surgen y se mantienen los problemas del paciente. En dicho modelo se insertan los microelementos de sucesos específicos ligados al tiempo, como el ciclo de experiencia-creencia-acción-confirmación (figura 12-2).

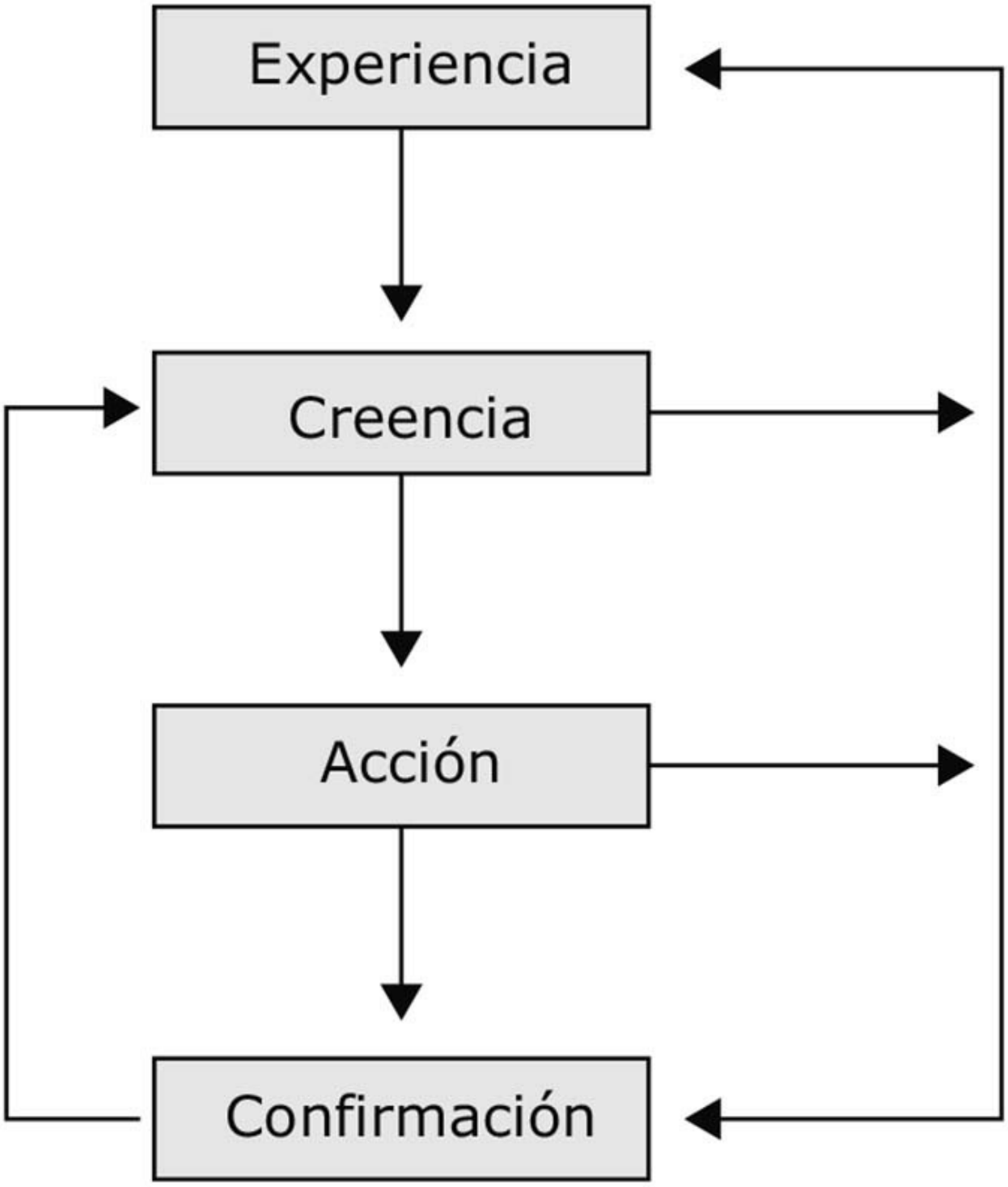


Figura 12-2. Ciclo de experiencia-creencia-acción-confirmación (ECAC)

Evaluación

El clínico debe ser capaz de evaluar y desarrollar una formulación de los determinantes de los síntomas psicóticos del paciente, para lo que puede resultarle útil el uso de

instrumentos estandarizados de evaluación (existen muchos que evalúan diversas funciones; en el trabajo de Barnes y Nelson, 1994, encontrará una descripción y revisión detallada de esas evaluaciones). Se recomiendan las Escalas de Evaluación de Síntomas Psicóticos (PSYRATS; Haddock, McCarron, Tarrier y Faragher, 1999) como un método efectivo para evaluar la naturaleza multidimensional de los síntomas psicóticos positivos. El clínico debe entender la variación individual en los síntomas psicóticos, lo que puede lograr mediante el uso de una entrevista semiestructurada (la Entrevista Antecedente y de Afrontamiento [EAA]: para más detalles consulte los trabajos de Tarrier, 2002, 2006) que cubra la naturaleza y variación de los síntomas psicóticos positivos experimentados por el paciente, incluyendo creencias sobre los síntomas psicóticos, reacciones emocionales que acompañan a cada síntoma, estímulos antecedentes y contexto en que ocurre cada síntoma, así como consecuencias que resultan de esos síntomas y cómo se ven afectadas conducta y creencias del paciente, incluyendo los métodos que éste usa para afrontar y manejar sus experiencias. Esto permite al clínico elaborar una imagen completa de cómo experimenta el paciente la psicosis día a día y cómo se modifican su afecto, su conducta y sus creencias. El clínico debería tener el cuidado de identificar las conductas de evitación y de seguridad que ocurran debido a los síntomas psicóticos y a los casos en que el paciente no logra refutar las creencias irracionales o delirantes; para ello puede usar como guía los modelos clínicos presentados en las figuras 12-1 y 12-2.

Intervención

Estrategias de afrontamiento

Cuando el clínico ha elaborado una imagen completa de la experiencia psicótica del paciente, puede analizarla con él y explicarle la lógica de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis. Es muy posible que los pacientes estén totalmente convencidos de la verdad de sus pensamientos delirantes y no acepten ninguna visión alternativa, en cuyo caso debe presentarse el afrontamiento del malestar como una meta apropiada.

La terapia cognitivo-conductual para la psicosis y el entrenamiento del afrontamiento se caracterizan porque:

- Se fundamentan en una evaluación o formulación individualizadas.
- Enfatizan un proceso normal y general de lidiar con la adversidad.
- Hacen hincapié en que esto forma parte del proceso de recuperación.
- Se llevan a cabo de manera sistemática por medio del sobreaprendizaje, la simulación y el juego de roles.
- Son aditivos en el sentido de que es posible agregar diferentes estrategias en una secuencia que progresa hacia la implementación *in vivo*.
- Pretenden proporcionar un nuevo conjunto de respuestas que no son curativas, sino que conforman un método para afrontar un problema permanente.
- Las habilidades de afrontamiento cognitivo se aprenden a través de un proceso de verbalización externa que disminuye lentamente hasta interiorizar el procedimiento requerido como pensamiento bajo control interno.

• Mejoran la función ejecutiva.
• El aprendizaje de habilidades de afrontamiento cognitivo y conductual se desarrolla a través de un proceso de práctica o repaso graduado.
• Proporcionan oportunidades de reevaluación y reatribución.

Esos métodos de afrontamiento incluyen los siguientes cambios en los procesos cognitivos, el contenido cognitivo y la conducta.

CAMBIO DE ATENCIÓN

El cambio de atención, proceso en que los pacientes dejan de concentrarse en un tema o experiencia para enfocarse en otro, implica la inhibición de una respuesta en curso y el inicio de una respuesta alternativa. Durante la sesión se utiliza el repaso para entrenar a los pacientes a cambiar la atención de una señal por medio del repaso ante estímulos externos (p. ej., un aspecto de su entorno, como describir una fotografía o estar consciente del ruido de fondo del tráfico) o ante estímulos internos, a menudo a un conjunto de imágenes positivas. Por ejemplo, un paciente al que se pidió que eligiera una escena positiva a la cual atender eligió un restaurante de Blackpool donde había disfrutado de una comida placentera. Se le entrenó para que pudiera suscitar una imagen visual del restaurante describiendo en gran detalle la escena, mobiliario y decoración. Luego se le pidió que recordara la experiencia de la comida en todos sus sentidos, la memoria visual de los platillos, su aroma y sabor, la sensación de sostener en sus manos el cuchillo y el tenedor, la experiencia de comer, entre otros. El paciente repasó continuamente el recuerdo de la comida en el restaurante hasta que pudo suscitarlo a voluntad. Luego repasó la tarea de cambiar su atención de los pensamientos delirantes a las imágenes de la comida. Se le enseñó a usar el inicio de un delirio como señal para cambiar la atención (vea más adelante el **Entrenamiento de la consciencia**).

DISMINUCIÓN DE LA ATENCIÓN

Es un proceso por el cual los pacientes restringen el rango y contenido de su atención, muchos pacientes hablaban de “poner su mente en blanco” o enfocar su atención como método de afrontamiento. La evidencia sugiere que un problema que enfrentan los pacientes con esquizofrenia es la incapacidad para filtrar la información adecuadamente y distinguir la señal del ruido. Entrenar a los pacientes a enfocar y mejorar el control de la atención puede ayudarlos a superar esta dificultad disminuyendo y regulando su atención.

MODIFICACIÓN DE LAS AUTOVERBALIZACIONES Y EL DIÁLOGO INTERNO

Desde hace algunos años se sabe que es posible incorporar con éxito las autoverbalizaciones de los pacientes a la intervención. El uso de las autoverbalizaciones y del diálogo interno puede cumplir una serie de funciones en el control de la emoción, por ejemplo, enseñar a los pacientes a superar las emociones negativas asociadas con sus voces, a inducir la conducta dirigida a metas, y a inducir y dirigir la prueba de realidad. En cada caso se enseñan al paciente verbalizaciones que dirigen la respuesta apropiada, como "No debo tener miedo", "Debo seguir y tomar el autobús", o ¿Por qué pienso que ese hombre me está mirando si nunca lo he visto antes?" Dentro de la sesión se pide primero al paciente que cuando se presente la señal apropiada repita en voz alta el conjunto de verbalizaciones o preguntas. Luego se disminuye gradualmente el volumen de las afirmaciones verbalizadas hasta interiorizarlas; más tarde el paciente las practica en situaciones simuladas dentro de la sesión.

El aprendizaje de esas afirmaciones de cuestionamiento es una herramienta útil para generar y evaluar explicaciones alternativas de la experiencia.

REATRIBUCIÓN

Se pide a los pacientes que generen una explicación alternativa para una experiencia y que practiquen luego las afirmaciones de reatribución cuando ocurra la experiencia. Al principio, cuando inicia el entrenamiento de afrontamiento se usaban reatribuciones relacionadas con la enfermedad como "No es una voz real, es mi enfermedad", pero esta estrategia resultó ser de poca utilidad, por lo que se abandonó. Ahora se intentan usar explicaciones alternativas como "Parece una voz real, pero sólo son mis pensamientos" y "Puede parecer que la gente me mira, pero están mirando hacia otro sitio". Si los pacientes hacen cambios que aumenten su control de los síntomas o circunstancias, o que cuestionen la omnipotencia o infalibilidad de sus voces, entonces esos cambios pueden usarse como evidencia de una reatribución concerniente a la naturaleza de sus síntomas o a su capacidad para ejercer control; por ejemplo, "¿Cómo puede la voz ser todopoderosa si dice sandeces?" o "No tengo porque creerlo si no es verdad".

ENTRENAMIENTO DE LA CONSCIENCIA

Se enseña a los pacientes a monitorear y estar al tanto de sus síntomas positivos, en especial de su inicio. Los pacientes no sólo adquieren consciencia de sus experiencias sino que también tratan de aceptarlas pero no reaccionar ante ellas. Los pacientes escuchan sus voces pero no reaccionan ante ellas ni quedan atrapados por su contenido. Una función del entrenamiento de la consciencia es lograr que los pacientes estén al tanto de la forma y características de sus pensamientos y percepciones más que del contenido, por ejemplo, que supervisen el inicio físico de una voz y luego usen el cambio de atención para disminuir el impacto emocional del contenido. El propósito es doble: ayudar a los pacientes a **desvincularse mentalmente** de sus síntomas, en especial el contenido, y a emplear los síntomas como señal para una acción alternativa.

TÉCNICAS DE DESACTIVACIÓN

Es importante enseñar a los pacientes a afrontar niveles elevados de activación toda vez que han sido relacionados con la psicopatología de la esquizofrenia y al hecho de que suelen ocurrir como antecedentes y como respuesta a las experiencias psicóticas. Las estrategias de afrontamiento pueden ser conductas pasivas simples que eviten la agitación (como sentarse tranquilamente en lugar de caminar de un lado a otro) o métodos más activos de control de la activación (como ejercicios de respiración o relajación rápida). No se favorece el entrenamiento de relajación prolongado, como los ejercicios tradicionales de relajación progresiva, porque se llevan mucho tiempo y están fuera del tema. Lo que funciona mejor aquí es la adquisición rápida de una habilidad utilizable.

INCREMENTO EN LOS NIVELES DE ACTIVIDAD

Muchos pacientes con esquizofrenia son vulnerables al pensamiento delirante o a las alucinaciones en periodos de inactividad, un problema al que parecen ser particularmente propensos. A muchos les resulta útil encontrar algo que hacer, por lo que la simple programación de actividad puede ser una importante estrategia de afrontamiento, sobre todo si se implementa al inicio del síntoma para crear una tarea dual que compite por los recursos de atención. Además de aumentar la actividad significativa, también disminuye la exposición a las condiciones en que se agravan los síntomas.

VINCULACIÓN Y DESVINCULACIÓN SOCIAL

Aunque muchos pacientes toleran mal las interacciones sociales, para muchos más la vinculación social resulta un método útil de afrontamiento. Posiblemente esto se debe a que la interacción social funciona como una tarea dual y una fuente de distracción y porque ayuda a los pacientes a racionalizar el pensamiento inadaptado. Es conveniente poder valorar la cantidad de estimulación social involucrada en cualquier interacción de acuerdo con el nivel de tolerancia de un paciente particular, y enseñarlo a utilizar niveles de desvinculación social para desarrollar tolerancia a la estimulación social. El retraimiento y la evitación social son respuestas comunes cuando se experimenta sobreestimulación como resultado de la interacción social, aunque los pacientes pueden aprender métodos menos drásticos de desvinculación, como dejar la habitación por un período breve y luego regresar, alejarse temporalmente del grupo social y practicar la **desvinculación funcional** dejando de conversar por periodos cortos o bajando la mirada. Gracias al uso de esos métodos los pacientes pueden controlar y tolerar la estimulación social. Si sienten que tienen cierto control sobre la intensidad de las interacciones sociales pueden iniciarlas con más confianza para disminuir el impacto de sus síntomas. Esto puede ser facilitado por el entrenamiento simple en habilidades específicas para la interacción y el juego de roles.

MODIFICACIÓN DE CREENCIAS

Los pacientes pueden aprender a analizar la evidencia para examinar sus creencias y, de ser inapropiadas, a cuestionarlas y generar explicaciones alternativas. Aunque muchos pacientes ya hacen esto en cierta medida, los niveles experimentados de activación, aislamiento y evitación pueden hacer que esos intentos fracasen. Esos métodos son muy similares a los empleados en la terapia cognitiva tradicional, excepto en que es posible que el paciente necesite más instigación y en que la meta es incorporar las habilidades de modificación de las creencias en un proceso autorregulatorio. Puede alentarse a los pacientes a cuestionar sus creencias conforme se presentan: "¿Cuál sería el propósito de que alguien me espiara? ¿Cuánto esfuerzo y costo implicaría eso? ¿Cómo se financiaría y organizaría esto y para obtener qué cosa?" De igual modo, puede animarse a los pacientes a buscar incongruencias y a utilizarlas para cuestionar sus creencias. Por ejemplo, al paciente que participó en una pelea 15 años antes y que sigue evitando a los jóvenes porque teme que el mismo grupo busque venganza se le puede pedir que reflexione en el hecho de que, dado que los integrantes de la pandilla ahora se encuentran cerca de los cuarenta años, ha estado vigilando al grupo de edad equivocado. Esto puede usarse para cuestionar su creencia de que necesita estar vigilante para mantenerse a salvo. De hecho, sus conductas de seguridad no lo han protegido de la fuente de peligro. Los pacientes también pueden aprender a examinar la evidencia para cuestionar sus creencias sobre las voces que escuchan. Cuando los pacientes perciben que sus voces son omnipotentes y verdaderas, los clínicos pueden investigar si son erróneas o incorrectas. Por ejemplo, el paciente cuyas voces le dijeron que pronto iba a ser asesinado porque era un espía, concluyó que las voces deberían ser ciertas y que debía merecer su destino. Sin embargo, las voces también le dijeron que pronto estaría casado, y como no podía encontrar evidencia que apoyara esto decidió que no era verdad. Sin embargo, nunca pensó cuestionar la veracidad de las voces en lo concerniente a la amenaza de asesinato. Darse cuenta de que era poco probable que se casara en el futuro cercano lo ayudó a cuestionar la idea de que sería asesinado dudando de la veracidad de las voces y a buscar evidencia objetiva adicional en apoyo del anillo del espía, que no apareció.

PRUEBA DE REALIDAD Y EXPERIMENTOS CONDUCTUALES

Probablemente la mejor manera de evaluar las creencias sea ponerlas a prueba en la realidad mediante algún tipo de acción; el cambio conductual puede ser la mejor manera de producir un cambio cognitivo. En ocasiones los pacientes hacen esto de manera natural, aunque la tendencia a la interpretación sesgada y la protección de hipótesis puede llevarlos a conclusiones erróneas. Los pacientes pueden aprender a identificar creencias específicas y a generar predicciones rivales que pueden poner a prueba. La incapacidad de hacer esto en la vida real usualmente conduce a patrones de evitación que pueden ser revertidos para cuestionar las creencias que respaldan.

Mejorar las estrategias de afrontamiento

Los métodos de afrontamiento se desarrollan a lo largo del tiempo y varían en su complejidad, van de intentos sencillos y directos de controlar los procesos cognitivos, como la atención, a métodos más complejos y autodirigidos que modifican el contenido cognitivo y la inferencia. Con frecuencia se desarrollan combinaciones de diferentes estrategias de afrontamiento, por ejemplo, el uso de las técnicas de cambio de atención y de desactivación permite atenuar la fuerza de un delirio, de modo que pueda ponerse en práctica la prueba de realidad. Sin esos métodos de afrontamiento inicial el paciente podría no ser capaz de someterse a la prueba de realidad. Las estrategias de afrontamiento inicial también pueden usarse para cuestionar la fuerza del delirio de la omnipotencia de las voces y permitir el incremento de la autoeficacia. El terapeuta puede hacer preguntas como, "Usted utilizó con eficacia los métodos de cambio de atención para afrontar sus voces, ¿qué le dice eso acerca de que ellas tienen todo el control y usted está indefenso?" El paciente puede hacer afirmaciones que indiquen que las voces demostraron ser falibles y que él tiene cierto control sobre la situación, lo que puede usarse luego como autoverbalización o como diálogo interno modificado para mejorar aún más la autoeficacia y el afrontamiento.

Modificación de la conducta o la cognición

Los cambios en la conducta y la cognición se complementan entre sí y ninguno es necesariamente mejor que el otro. Los cambios en la conducta deben usarse siempre para examinar y potencialmente cuestionar los pensamientos o creencias inadaptadas o como experiencias de aprendizaje. De igual modo, los cambios en la cognición deben usarse como oportunidades para modificar la conducta y establecer nuevos comportamientos. El terapeuta siempre debe buscar oportunidades de instigar a los pacientes para que revaloren sus creencias. Esto puede llevarse a cabo como parte de experimentos conductuales formales, cambios que ocurren naturalmente y reflexiones frecuentes de lo que se ha logrado en el tratamiento. En la evaluación y durante la formulación el terapeuta deber estar siempre alerta a las conductas de evitación o de seguridad de los pacientes o a los momentos en que estos no se comportan de una forma

que pudiera refutar sus temores, delirios o cogniciones inadaptadas.

Lo anterior puede usarse muy al inicio del tratamiento como experimentos conductuales para poner a prueba las creencias de los pacientes o para ofrecer oportunidades de rápida mejoría para cuestionar creencias pesimistas y desesperanzadas como "Nada vale la pena si no puedo cambiar" o "No tengo control de mi vida o mis circunstancias". La creencia de falta de control se presenta a menudo y puede refutarse con muchos cambios conductuales pequeños que pueden repetirse y a los que puede hacerse referencia frecuentemente. Por último, con frecuencia es útil obtener al inicio del tratamiento algunos cambios conductuales, aunque pequeños, e incrementar la actividad que puede tener varios beneficios asociados y ofrecer la oportunidad de revaloración.

Modificación del contenido cognitivo o los procesos cognitivos

Los terapeutas con frecuencia deben elegir entre tratar de modificar el contenido de alucinaciones y delirios o los procesos de atención que esos fenómenos han capturado. Por lo general la terapia cognitiva se enfoca en el contenido de la cognición; en el modelo de intervención para el afrontamiento la modificación se extiende a los procesos cognitivos no sólo porque eso aumenta la flexibilidad clínica, sino también por la presencia habitual de déficit en la regulación de la atención y la función ejecutiva en los trastornos psicóticos. En la práctica, esas tácticas pueden operar juntas. Por ejemplo, la modificación inicial de los procesos de atención por medio del cambio de atención puede disminuir el impacto emocional de la experiencia. Es posible obtener un efecto similar si en lugar de atender a lo que dice la voz se atienden las características físicas de la alucinación. Esto no sólo abre una brecha para cuestionar la verdad del contenido de la voz o el pensamiento delirante, sino que también ofrece una sensación de control sobre esas experiencias. Por ejemplo, tome el caso de un joven que experimenta voces que lo acusan de haber cometido un asesinato y que además le dicen que es ruso. Al inicio se le puede enseñar a desviar la atención de las voces de manera sistemática para disminuir su impacto emocional. Con esta técnica es posible debilitar la fuerza emocional de la experiencia a fin de obtener una sensación de control y cuestionar la creencia de que las voces son todopoderosas. Al aumentar su autoeficacia y su sentido de poder, el paciente puede cuestionar luego el contenido de las voces que lo acusan de asesinato analizando la evidencia objetiva de que se cometió un crimen. También puede usar la falsedad de las voces que le dicen que es ruso para cuestionar la veracidad de la acusación de asesinato, si las voces erraron acerca de un tema, pueden estar equivocadas en relación con el otro. La modificación de los procesos y contenidos cognitivos ofrece al terapeuta dos rutas básicas para la intervención y la flexibilidad para pasar de una táctica a la otra.

ESTUDIO DE CASO

El siguiente caso ofrece alguna indicación de cómo funciona la terapia cognitivo-conductual para la psicosis.

Historia

Jim, un hombre de 28 años, desarrolló una enfermedad psicótica cuando tenía 22. Durante su primer episodio Jim se volvió cada vez más paranoide y acusaba a la gente, incluso a sus amigos, de robar su dinero. Decía que podía sentir que la gente le sacaba dinero y su cartera del bolsillo mientras socializaba en el bar local y cuando viajaba en autobús. Durante algunos meses había experimentado una sensación de que "algo estaba mal" y luego empezó a escuchar voces que le advertían que la gente estaba en su contra y que maquinaban para "causarle daño". Las voces le hablaban y no sólo le advertían de las "maquinaciones" sino que también le informaban quién estaba involucrado para que estuviera en guardia. Las voces insistían particularmente en que las personas más cercanas a Jim eran quienes más estaban en su contra y los "peores maquinadores", también le dijeron que su novia era infiel y experimentó "visiones" enviadas por las voces en que su novia tenía sexo con otros hombres. Aunque en realidad no creyó que su novia fuese infiel las acusaciones hechas por las voces lo hicieron enojar mucho. En algunas ocasiones Jim perdió el control y confrontó a algunos amigos por tener una aventura con su novia, aunque por lo regular aceptaba sus negativas.

Jim también escuchaba voces que hablaban de él. Esas otras voces solían "conspirar" y hacer comentarios insultantes y acusatorios. En ocasiones se burlaban de Jim por el engaño de la novia y hacían comentarios sobre su deficiencia sexual, a lo que atribuían la infidelidad.

Sus amigos y familiares advirtieron que empezó a alejarse y que era cada vez más desaliñado. A menudo cuchicheaba o hacía comentarios sarcásticos a los miembros de su familia acerca de cómo "se enriquecían a costa de mi esfuerzo".

Las voces también le dijeron que "buscara las señales de que las maquinaciones estaban llegando a un punto crítico". Jim empezó a hacer anotaciones de los hechos cotidianos, como la hora en que ciertos autobuses pasaban cerca de su casa y el tipo de publicidad que llevaban en sus costados. Sus padres, quienes encontraban esos escritos por toda la casa con varios pasajes subrayados, se sentían cada vez más preocupados por esta situación y por el excesivo consumo de alcohol de su hijo. Los amigos empezaron a evitarlo y Jim estaba cada vez más aislado; rompió con su novia, quien ya no pudo soportar sus acusaciones de infidelidad.

En el verano la situación se deterioró con mucha rapidez y una tarde Jim fue detenido y hospitalizado de acuerdo con la Ley de Salud Mental. Había acudido temprano al bar local, donde estaban algunos de sus amigos, sin embargo, se mantuvo alejado de ellos y se dedicó a beber solo en una esquina. De repente se levantó de su asiento y empezó a gritar a sus amigos y a acusarlos de robar su dinero, de socavar su confianza y de divulgar rumores en su contra. Tomó algunas monedas de sus bolsillos y las lanzó a sus

amigos; ellos intentaron ignorarlo, pero Jim se mostró cada vez más agitado y agresivo y al final atacó físicamente a uno de ellos. Varias personas se involucraron y cuando se desató la pelea la situación se volvió más caótica. Se llamó a la policía y Jim fue arrestado; como había sufrido lesiones menores fue llevado a la sala de emergencias del hospital local y de ahí fue canalizado al pabellón psiquiátrico. Jim pasó alrededor de cinco semanas en el hospital, tiempo en que fue tratado con medicamentos antipsicóticos. Su plan de atención incluía consejo y su familia recibió psicoeducación en que se les proporcionó información sobre el diagnóstico de esquizofrenia y consejo general de cómo manejarlo en casa. Los síntomas de Jim remitieron durante la estancia en el hospital y fue dado de alta con citas frecuentes en el área de consulta externa con su psiquiatra y tratamiento en casa con el equipo de participación asertiva.

En el curso de los años intermedios Jim tuvo otras cinco recaídas en las cuales se presentaba un patrón similar. Se volvía paranoide, escuchaba voces y se aislaba, y le resultaba cada vez más difícil cuidar de sí mismo. Cada recaída era seguida de una hospitalización breve en que se aumentaban los medicamentos. No obstante, a pesar del aumento en la medicación y de los cambios en los antipsicóticos atípicos, se hizo común la presencia de síntomas residuales después de un episodio. Jim siguió experimentando alucinaciones auditivas, delirios paranoides y delirios de referencia. Debido a su paranoia evitaba salir o hacer contacto con la gente. Fue capaz de iniciar y mantener una relación, aunque las voces siguieron enviándole "visiones" y a cuestionar la fidelidad de su novia.

Jim fue canalizado a terapia cognitivo-conductual para tratar sus síntomas positivos persistentes como parte de una aproximación multidisciplinaria para su cuidado y para fomentar su recuperación.

Situación actual

Jim vive ahora en su propio apartamento, tiene buenas relaciones con sus padres, quienes viven muy cerca y a los que ve cada pocas semanas. Está desempleado y recibe apoyos por discapacidad; asiste dos o tres días a la semana a un centro de atención diurna para personas con problemas de salud mental. Asistió a una universidad local a estudiar informática, aunque recientemente abandonó la escuela porque el contacto social le resultó demasiado estresante. Tiene una novia estable, Sue, a la que ve con regularidad. Perdió contacto con los amigos que tenía antes de que enfermara, y aunque los ve de manera ocasional, los rehúye y evita los lugares a los que cree que pueden ir. Recibe medicamentos antipsicóticos y cada mes asiste a citas de atención ambulatoria con un psiquiatra, además de recibir cada semana en su domicilio la visita de una enfermera psiquiátrica comunitaria que le brinda consejo y apoyo, y supervisa su estado mental.

Estado mental del paciente referido

Jim experimentaba alucinaciones auditivas en la forma de diversas voces que le hablaban y que decían cosas sobre él. Las describía como voces "serviciales" y voces "malignas". Las voces "serviciales" le advertían de las "maquinaciones" de otros y de las situaciones y momentos peligrosos en que se encontraba bajo amenaza. Le aconsejaban que evitara

a “personas corruptas” que podrían atacarlo o agredirlo. Jim pensaba que sus advertencias eran muy útiles y estaba convencido de que actuar en consecuencia lo mantenía a salvo del daño. Las voces “malignas” por lo general hablaban de él, decían que era “estúpido, inútil y que no era bueno”, que “no daba el ancho sexualmente” y otras afirmaciones personalmente difamatorias.

Había voces que le decían que su novia era infiel y que lo engañaba. No estaba seguro de si esas voces eran “serviciales” o “malignas”. Las voces también le enviaban imágenes en que Sue le era infiel y al mismo tiempo le decían que era estúpido y sexualmente inútil.

Aunque Jim dijo que no creía que Sue fuera infiel, las voces eran cada vez más intensas y persuasivas, y él no podía resistirse a contestarles. Sue pudo convencerlo de que sus temores no tenían fundamento.

Compromiso

Al inicio Jim se resistía a establecer contacto con los clínicos (en este caso, había sido canalizado a un psicólogo clínico para recibir terapia cognitivo-conductual). En el momento de la canalización se encontraba bastante paranoide y cuando fue visitado en su casa para la primera cita después de que no asistió a la clínica, se negó a abrir la puerta. (En el Reino Unido es común que los profesionales de la salud mental hagan visitas domiciliarias). A esto le siguió una breve conversación a través del buzón que terminó con la afirmación del clínico de que regresaría en un momento más conveniente. Otras dos visitas se encontraron con la negativa de Jim a abrir la puerta. La estrategia consistió en hacer contacto para tranquilizar a Jim asegurándole que sus puntos de vista eran perfectamente válidos y que se haría otra visita en un momento posterior para ver cómo se sentía al respecto. En situaciones en que el compromiso inicial es problemático, la mejor estrategia es “aprovechar la resistencia”, tratar de apaciguar la situación y reducir cualquier agitación, mantener el contacto y regresar en otro momento.

La siguiente ocasión Jim estaba más relajado y permitió que el clínico entrara en su departamento. Dada la paranoia del paciente, en este punto era importante que el clínico iniciara una interacción y relación positiva, y que no presentara el tema de los síntomas o el tratamiento psicológico hasta que se sintiera absolutamente cómodo con él. De modo que, en el caso de Jim, las dos primeras sesiones fueron breves y se refirieron a su bienestar general y a temas de su interés. La intención principal del clínico era mantener el compromiso de Jim y dar inicio a una relación terapéutica. No siempre sucede que no sea posible iniciar con más rapidez la evaluación y el tratamiento, pero es esencial mantener el compromiso.

La cuarta sesión fue más larga y el clínico planteó la posibilidad de un tratamiento psicológico. Esto requirió la discusión de los síntomas de Jim a lo largo de las siguientes líneas:

“Entiendo que ha estado escuchando voces cuando no hay nadie presente. ¿Qué hace usted con eso? ¿Tiene idea de qué son esas voces? ¿Las voces son difíciles para usted? ¿Le gustaría intentar hacer algo acerca de esas voces?

Esas preguntas no sólo plantean el tema de la experiencia psicótica y la sugerencia de tratamiento, sino que también intentan obtener una idea de lo que cree el paciente acerca de las voces y de si las percibe como reales o no.

El clínico también puede hacer preguntas acerca de los delirios paranoides:

"¿Es verdad que está teniendo dificultades con la gente?"

"¿Siente que algunas personas están en su contra? ¿Qué hace con esos pensamientos y sentimientos? ¿Por qué cree que están ocurriendo?

"¿Son difíciles para usted?" "¿Le gustaría intentar y hacer algo acerca de esos pensamientos y preocupaciones?"

El clínico intenta evaluar con rapidez la fuerza de los delirios y la disposición de Jim a considerar el tratamiento.

A Jim no le entusiasmaba el tratamiento. Pensaba que tanto sus temores como sus voces eran reales y que en su caso no era apropiado el tratamiento psicológico. Esta reacción se encuentra a menudo en pacientes con síntomas psicóticos residuales y persistentes. Deben considerarse varios puntos importantes:

- ¿Qué es necesario hacer para mantener el compromiso?
- ¿Cómo puede identificarse y llegarse a un acuerdo mutuo sobre un problema clínicamente relevante?
- ¿Cómo puede enmarcarse el tratamiento de modo que el paciente considere que le permite alcanzar un beneficio positivo y deseado?

Primero, es importante validar la experiencia, pero no es necesario estar de acuerdo en la causa. Por ejemplo, en este caso fue muy importante aceptar que Jim **escuchaba voces y creía que algunas personas estaban en su contra.** Esto puede hacerse sin aceptar que las voces provienen de una entidad real o que la gente en realidad está en su contra. Eso permite separar la **creencia de Jim** acerca de lo que le sucede de la experiencia; es decir, que Jim tenga una creencia no equivale a que sea cierta. De igual modo, que Jim escuche voces no es lo mismo que creer que las voces existen como entidad real e independiente. Aunque no sea posible coincidir con esos puntos en esta ocasión, el clínico debe regresar a esos temas. Por el momento, el compromiso es más importante.

A continuación, suele ser útil investigar las consecuencias de la experiencia.

Algunas de las voces causan angustia y las ideas paranoides de Jim le provocan temor, lo que hace más probable que esté dispuesto a abordar dichos problemas. Eso puede plantearse de la siguiente forma:

"Usted me ha dicho que las voces en ocasiones lo hacen sentir muy molesto. Tal vez yo pueda ayudarlo con ese malestar ¿le gustaría trabajar en eso?

"Los pensamientos de que algunas personas están en su contra y quieren dañarlo lo hacen sentir muy asustado. ¿Cree que el temor sea algo en lo que podamos trabajar juntos, de modo que se sienta menos asustado? Quizá si siente menos miedo pueda lidiar mejor con la gente. ¿Cree que eso le ayudaría?

En los casos en que los pacientes están muy confundidos o carecen de consciencia

sobre sus síntomas, tratar de convencerlos de eliminar sus síntomas y las experiencias que creen que son reales puede ser contraproducente y poner en riesgo el compromiso. Sin embargo, tratar de disminuir la angustia puede ser una alternativa viable para una meta colaborativa. El modelo también asume que la disminución de las reacciones emocionales puede debilitar los síntomas.

Sin embargo, Jim tampoco se mostró entusiasta acerca de esta meta del tratamiento. Opinaba que su temor sobre la gente era una reacción razonable dado que había personas que querían dañarlo y esta emoción lo mantenía alerta y vigilante ante la amenaza y el peligro. Creía que dicha vigilancia en realidad lo mantenía a salvo del daño, por lo que tenía poca motivación para cambiar y ponerse en medio del peligro.

Para proteger el compromiso es importante no cuestionar al paciente ni discutir con él, y menos aún en esta etapa inicial en que no está convencido de que pueda obtener algún beneficio del tratamiento. La siguiente estrategia usada por el clínico para obtener el compromiso de Jim fue preguntarle por sus metas de vida.

CLÍNICO: Jim, ¿qué tipo de metas tiene? ¿Existe algo que le gustaría lograr personalmente? ¿Hay algo que le gustaría hacer y que no ha podido conseguir por alguna razón?

JIM: Sí, muchas cosas. Me gustaría obtener un empleo bien pagado. Me gustaría regresar a la universidad. Eso me ayudaría a conseguir un buen trabajo.

CLÍNICO: Asistir a la universidad le ayudaría a conseguir un buen empleo. Esa es muy buena idea. ¿Le gustaría regresar a la universidad?

JIM: Sí, pero cuando iba antes tuve problemas.

CLÍNICO: ¿Qué tipo de problemas eran?

JIM: Bueno, tenía miedo de las personas que encontraba ahí. Pensaba que algunas de ellas eran siniestras, sórdidas, mezquinas. Las voces me dicen que no vaya. Tengo que hacer lo que me dicen las voces.

CLÍNICO: Entonces una de sus metas importantes es regresar a la universidad para poder conseguir un buen trabajo, pero su temor a la gente y las voces le impiden ir a la universidad y lograr sus metas, ¿es correcto?

JIM: Sí, supongo que es correcto.

Jim pudo percatarse así que su psicosis obstaculizaba la obtención de sus metas importantes, lo que permitió que él y el clínico se pusieran de acuerdo en un problema que debía ser abordado. De este modo Jim pudo ver un beneficio de recibir tratamiento.

Además de mantener el compromiso, el clínico se enteró de muchas cosas acerca de Jim y sus problemas. Las voces advierten a Jim de ciertas situaciones y él las escucha e inicia la acción de evasión, de modo que ha desarrollado una serie de conductas de seguridad que lo protegen del daño percibido. Aunque no se están aprovechando las oportunidades de probar o refutar esas cogniciones de amenaza abandonando las conductas de seguridad, existen situaciones que se prestan a la prueba de realidad. Jim experimenta

alucinaciones de comando (voces que le dan una orden específica) a las que responde. La probabilidad de que Jim piense que las voces son poderosas y que su control sobre ellas es escaso o nulo ofrece una oportunidad de refutar en el futuro esas atribuciones. Jim experimenta algunos sentimientos de disonancia ya que ahora está consciente de que las metas que valora son impedidas.

Formulación del caso

El tratamiento se deriva naturalmente de una evaluación precisa de los problemas del paciente y es importante establecer los detalles de los antecedentes y consecuencias de los síntomas psicóticos (para una discusión de la formulación general del caso, consulte el trabajo de Tarrier y Calam, 2002). En este caso, Jim presenta muchos síntomas psicóticos y probablemente sea mejor enfrentarlos por etapas.

Delirios paranoides

Jim tiene delirios paranoides que ocurren en diversas situaciones. Cuando está solo en su departamento le preocupa que sus antiguos amigos y su familia hayan robado todo su dinero y estén maquinando en su contra, lo que es reforzado por las voces que le dicen que necesita estar en guardia. También se vuelve muy paranoide cuando sale. Por ejemplo, en la calle busca indicios de sus antiguos amigos entre la multitud, de modo que pueda escapar si los ve o si ve a "personas aterradoras" que puedan atacarlo. En el centro diurno se muestra tan paranoide como cuando asistía a la universidad. Las voces le dicen que la situación es arriesgada, que hay personas peligrosas y que debe tener cuidado. Jim conoce las voces que le advierten del peligro y cuando se presentan las escucha y les presta atención. Entre más tiempo pase en el centro diurno, más agitado se muestra, por lo que suele regresar a casa después de un tiempo breve, eso lo convence de que las voces lo ayudaron a mantenerse a salvo. Jim también se pregunta por qué lo ayudan las voces y concluye que debe ser porque en cierto sentido es especial. Esto lo confunde por lo desagradables y ofensivas que son con él las voces "malignas", pero concluye que, dado que es especial, las voces "malignas" lo ponen a prueba para ver si merece su ayuda. Sólo la gente especial puede ser puesta a prueba y ayudada. Al pensar así Jim resolvió la disonancia planteada por el hecho de experimentar voces "serviciales" y "malignas".

El clínico y Jim deciden en conjunto enfocarse en las dificultades que experimenta en el centro diurno:

CLÍNICO: Muy bien Jim, me gustaría que me explicara en detalle lo que sucede en el centro diurno. Le pido esto porque, si recuerda, no pudo alcanzar su meta de asistir a la universidad por sus sospechas de las personas que encontraba ahí. Bien, la situación en el centro diurno es muy parecida a lo que ocurría en la universidad, por lo que, si examinamos la situación en el centro diurno podemos encontrar la manera de que pueda afrontar el regreso a la universidad. ¿Le parece bien?

JIM: Muy bien. Bueno, una de las cosas que suceden es que sé que las voces saben que

soy vulnerable porque saben en qué momento me encuentro así, que es cuando me atacan, pero también quieren ayudarme, por lo que me advierten de la gente siniestra que hay por ahí.

CLÍNICO: ¿Cómo saben las voces que es vulnerable?

JIM: Lo saben porque saben cómo me siento.

CLÍNICO: ¿Cómo se siente cuando es vulnerable?

JIM: Tembloroso y con el alma en vilo.

CLÍNICO: ¿Es cómo una sensación de ansiedad o estrés?

JIM: Sí, más o menos así.

Parece que Jim se pone ansioso cuando anticipa la visita al centro diurno. Parecen haber varias razones para ello, como ansiedad anticipatoria y situacional, ansiedad social, miedo a ser atacado o niveles elevados de activación general. Una hipótesis es que Jim se percata de esta sensación de ansiedad y la atribuye erróneamente a que es "vulnerable" a las voces. Esto se debe a que su ansiedad se asocia con una mayor probabilidad de experimentar alucinaciones auditivas, pero Jim atribuye significado a esta asociación. Las voces son imbuidas con atributos de poder y propósito.

CLÍNICO: Muy bien Jim, entonces usted se siente ansioso y vulnerable. ¿Qué sucede luego?

JIM: Bueno, por lo general empiezo a escuchar las voces. Pueden decir muchas cosas, pero me advertirán del peligro. Sé que las voces me atacarán, pero las escucho porque quiero mantenerme a salvo y ellas me advertirán.

Aquí Jim no sólo está indicando la presencia de las voces en esta situación, sino también que concentra su atención en escucharlas, lo que podría evidenciar una disminución en el umbral para detectarlas. Esto sugiere que reorientar la atención puede ser un método muy útil para manejar esta situación. El clínico no sugiere este método en esta etapa, pero puede recurrir a él más tarde.

CLÍNICO: ¿Qué sucede cuando le hacen advertencias?

JIM: Las voces ven que alguien es peligroso y dicen "¿Lo ves? Va a agarrarte, te va a atacar. Es mejor que salgas de aquí" Cuando dicen eso, puedo ver que el tipo parece violento y que quiere atraparme, por lo que salgo de ahí tan rápido como puedo.

CLÍNICO: ¿Qué sucede luego?

JIM: Salgo de ahí y me siento muy aliviado por haber podido escapar. Me siento muy afortunado de que tener las voces que me mantienen a salvo.

De otra manera recibiría una paliza, me encontraría en un problema terrible. Entre más lo pienso, más afortunado y especial me siento. Me mantienen a salvo.

Parece que Jim atribuye a sus voces significado personal y poder para mantenerlo a salvo. De hecho, desarrolló un tipo de conducta de seguridad que disminuye su ansiedad

y lo ayuda a escapar de una consecuencia a la que teme. Su conducta de evitación también refuerza su sensación de ser especial.

Esto establece un ciclo de conducta útil que el clínico puede utilizar para ayudar a Jim a abandonar sus conductas de seguridad y refutar sus predicciones catastróficas de que será atacado. Para ello, es útil obtener un poco más de detalle.

CLÍNICO: Usted dijo que la mayor parte del tiempo las voces lo advierten sobre el peligro en el centro diurno. ¿Esto sucede siempre?
JIM: No, no en todas las ocasiones. Siempre escucho con mucho cuidado para detectar las voces, pero no siempre están ahí.
CLÍNICO: Entonces, ¿qué sucede cuando las voces no están ahí?
JIM: En ocasiones me siento todavía vulnerable, pero sigo adelante.
CLÍNICO: ¿Quiere decir que no se va, que permanece ahí?
JIM: Sí, en ocasiones me aburro y regreso a casa, pero generalmente me quedo a conversar y tomar una taza de té.
CLÍNICO: Dígame Jim, ¿las personas que encuentra ahí son las mismas, escuche o no las voces?
JIM: Sí, prácticamente son las mismas personas todo el tiempo.
CLÍNICO: Entonces en ocasiones las voces le dicen que alguien es peligroso y usted se va de inmediato y se siente aliviado por no haber sido atacado, y otras veces las voces no están ahí y se queda con las mismas personas, las que antes pensó que eran peligrosas, y nada sucede. ¿No significa eso que en ocasiones son peligrosas y otras veces no lo son? ¿No es curioso?
JIM: Sí, supongo que sí. No había pensado en eso antes.

Aquí el clínico busca incongruencias en situaciones que puedan usarse para refutar las creencias de Jim. El clínico destaca la incongruencia en la presencia lógica de la amenaza y retroalimenta a Jim preguntándole qué hace con eso. El clínico amplía el tema de la incongruencia de la ocurrencia de las voces.

CLÍNICO: En ocasiones las voces no están ahí. ¿A qué se debe eso?
JIM: No lo sé tampoco. Quizá tienen que buscar a alguien más ese día. Sí, eso debe ser. Debe haber otras personas especiales a las que buscar y ayudar. Que tengan tantas personas especiales a las cuales cuidar demuestra lo importante que son las voces. Significa que yo también soy realmente especial, una de las personas verdaderamente especiales.

En este punto Jim parece estar confabulando y asimilando esta nueva información en su red de pensamientos delirantes. La nueva información se procesa de forma que proteja al sistema delirante en lugar de cuestionarlo. Esto es útil porque permite presentar y probar una explicación alternativa: que las voces ocurren cuando Jim les presta atención y se siente estresado y que es menos probable que ocurran si se encuentra más relajado y

comprometido.

El clínico necesita ahora motivar a Jim para que ponga a prueba algunas de sus creencias. Compara la situación del centro diurno con la universidad y la obtención de una meta importante para motivar a Jim a que intente hacer frente a la situación del centro diurno. Además, está probado que por lo general a Jim le gusta asistir, aunque su temor al ataque mantiene su ambivalencia. Otro factor motivacional es enseñarle a manejar su temor y a sentirse más relajado en la situación.

Jim necesita disponer de un conjunto plausible de explicaciones alternativas de lo que le sucede, de modo que pueda procesar cualquier nueva información de una manera diferente que no refuerce sus delirios. En el pasado se le dijo que era paranoide porque su enfermedad mental involucraba un desequilibrio de sustancias bioquímicas en su cerebro. Esta explicación no le resulta particularmente atractiva porque no refleja su experiencia real ni su estigmatización. Jim necesita que se le presente un modelo alternativo de su experiencia que le permita entender mejor su tratamiento psicológico.

El clínico podría sugerir que la paranoia es resultado de la comprensión o interpretación inadecuadas de las situaciones, y que si Jim se siente estresado y ansioso, como ocurre en el centro diurno, puede atribuir equivocadamente su estado físico a una "vulnerabilidad". Es más probable que experimente las voces cuando se siente ansioso, pero eso no significa que las voces sepan que es vulnerable.

El clínico también podría sugerirle que ignore las voces cuando le digan que está a punto de ser atacado y que siga con lo que estaba haciendo en el centro diurno. Como están presentes las mismas personas y no lo atacan cuando las voces están ausentes, es poco probable que lo hagan en presencia de las voces. Eso permitiría realizar un experimento conductual que ponga a prueba si las voces mantienen a salvo a Jim, lo que lo ayudaría a cuestionar su creencia de que las voces son veraces y útiles, además de saberlo todo y ser poderosas.

Cuando Jim enfrentaba esas situaciones estaba muy consciente de que las voces podrían presentarse, por lo que desarrolló un foco de monitoreo interno que lo hacía sentir "vulnerable" y un escudriñamiento externo para escuchar las voces. Lo primero significa que era más probable que amplificara cualquier sensación interna, lo último significaba que era más probable que verbalizara lo que las voces solían decirle y también, paradójicamente, que enfocara su atención en su interior. Era muy probable que las voces fueran desencadenadas por este proceso de enfocarse en lo interno y escudriñamiento atencional, por lo que la intervención implicaba convencerlo de usar otras estrategias de atención al enfrentar esas situaciones. Esas estrategias fueron ensayadas en las sesiones e instigadas con un diálogo interno apropiado.

Jim también hizo una serie de atribuciones acerca de las voces. Creía que las voces lo advertían de la amenaza porque él "podría ser especial", pensaba además que lo lograban por medio de telepatía y que él tenía poco control de este proceso. Jim se sentía afligido porque las voces solían ser desagradables y no podía entender por qué eran así si lo ayudaban a evitar el peligro. Pero concluyó que tenían que "ponerlo a prueba" porque era especial, lo que a su vez confirmó su creencia de que era especial. Por supuesto,

buena parte de esta explicación había sido elaborada sobre la premisa incorrecta de que las voces en realidad lo advertían de un peligro auténtico, lo que podía ser cuestionado. Una explicación alternativa de su experiencia podría basarse en una normalización de esta experiencia: todos tenemos en ocasiones pensamientos autorreferentes o estrambóticos y en su caso, Jim los percibía como voces externas en lugar de identificarlos como meros pensamientos que eran parte de sí mismo. Jim encontró plausible esta explicación, aunque no la aceptaba del todo. Aunque eso no es inusual, sembró en su mente la semilla de la duda y podía hacerse referencia a ella constantemente para debilitar aún más sus explicaciones delirantes.

En el caso de Jim surgieron dos dificultades, él no tenía una explicación alternativa para las voces diferente a que representaban a algunas entidades o seres poderosos, aunque imprecisos y mal definidos (delirios), o que eran la manifestación de un desequilibrio bioquímico en su cerebro (enfermedad). El clínico le sugirió que sus voces podrían ser sus propios pensamientos o una fuga de la memoria a la consciencia que no identificaba como parte de sí mismo. Ésta era la razón por la que las voces reflejaban con frecuencia sus temores o preocupaciones, o bien algunos aspectos de su pasado.

Las voces lo advertían cuando estaba en peligro; él creía que lo ayudaban y lo protegían en esas situaciones. Por ejemplo, en una ocasión en que caminaba por la acera, las voces le dijeron que un hombre que venía en dirección contraria lo iba a atacar; Jim cruzó la calle para evitarlo y creyó que al hacerlo había evitado el ataque. Luego advirtió que el hombre parecía "sospechoso", lo que confirmó aún más su creencia de que las voces lo habían salvado del peligro. Éste es un ejemplo del ciclo experiencia-creencia-acción-confirmación al que se hizo referencia previamente:

- Experiencia: las voces le dicen que se aproxima una persona sospechosa
- Creencia: está en peligro inminente
- Acción: cruza la calle
- Confirmación: evitó ser atacado

Esto puede usarse como otro ejemplo terapéutico:

CLÍNICO: Usted me dijo que cuando el hombre se le acercó en la calle lo estaba mirando y que las voces le dijeron que estaba en peligro. ¿Qué sucedió luego?
JIM: Bueno, yo sabía que iba por mí, de modo que crucé la calle y me alejé.
CLÍNICO: Cuando cruzó la calle ¿el hombre lo miró, lo siguió o le dijo algo?
JIM: No, no lo creo.
CLÍNICO: ¿No le parece raro si había salido para atacarlo?
JIM: Sí, supongo que sí. No lo había pensado antes. Estaba muy contento de alejarme.
CLÍNICO: Dígame Jim, ¿hacia dónde mira usted cuando camina por la calle?
JIM: Bueno, hacia donde me dirijo, por supuesto. ¡Qué pregunta tan boba!
CLÍNICO: Bueno, así parece, pero piense hacia donde se dirigía el hombre cuando

pensó que lo veía para atacarlo.
JIM: Bueno, él caminaba hacia mí, y estaba mirando en esa dirección.

El clínico continúa su interrogatorio de modo que Jim regrese una y otra vez a la conclusión de que el hombre lo miraba porque estaba en su línea de visión, nada más. No había evidencia de que intentara atacarlo, y una vez que Jim salió de su línea de visión el hombre dejó de prestarle atención. Pueden planearse experimentos para enfatizar aún más este punto. En ocasiones, las acciones de Jim podrían atraer la atención hacia él, lo que haría que la gente lo mirara (la profecía autorrealizada). Una vez más, esto puede someterse a una línea similar de cuestionamiento y ponerse a prueba. Puede adoptarse un enfoque similar con otros ejemplos de la conducta paranoide de Jim y con su comportamiento con amigos y familia. El clínico siempre regresa a los ejemplos anteriores de cambio exitoso de creencia y conducta y le pregunta a Jim cómo se siente al respecto y si puede identificar algunos factores comunes entre los éxitos anteriores y los problemas actuales.

"Visiones" enviadas por las voces

Jim estaba muy molesto por las "visiones" que experimentaba en que su novia tenía sexo con otras personas. Pensaba que las voces le enviaban las visiones, también por un proceso de telepatía. Aunque no creía que su novia fuera infiel, se sentía muy molesto y enojado cuando las voces se lo decían. Trató de apartar las imágenes de su mente, pero cuando esta estrategia falló se convenció aún más de que las imágenes le eran enviadas por telepatía. Entre más enojado y molesto se sentía, más difícil le resultaba resistir la creencia y considerar la experiencia de las visiones como evidencia colateral. Una explicación alternativa era que las visiones eran imágenes mentales que se habían vuelto muy vívidas y que ocurrían en respuesta a sus pensamientos catastróficos acerca de la infidelidad de su novia y que persistían porque Jim trataba de suprimirlas. Las voces eran sus propios pensamientos que cuestionaban la fidelidad de su novia porque sus rumiaciones constantes sobre el tema lo habían vuelto inseguro acerca de su relación. Esta explicación alternativa, junto con una revisión de la evidencia objetiva concerniente a la seguridad de relación, debilitó considerablemente las creencias delirantes de Jim acerca de infidelidad, telepatía y la realidad de las voces. El clínico introdujo ejercicios de supresión de pensamiento para demostrar el efecto de rebote de los intentos de Jim para sacar las imágenes de su mente. La exposición a las "visiones" también fue útil en este caso (aunque tal vez no lo sea en todos los casos), lo que demostró que las imágenes que controlaban su atención se desvanecían con el tiempo, junto con la incomodidad que causaban, lo que fue una evidencia adicional de que se trataba de un fenómeno interno y no de telepatía externa. También se enseñó a Jim a identificar el inicio de las voces y a cambiar su atención a estímulos alternativos como una forma de disminuir su impacto y demostrar que era más probable que esas experiencias fueran generadas internamente en lugar de provenir de una entidad externa. El clínico comparó esas experiencias con los trastornos de ansiedad en que las creencias e imágenes catastróficas alimentan las

creencias irracionales y amenazantes, señalando que la imaginería vívida de lo "que podría ocurrir" o de una "catástrofe" imaginada produce una cascada repentina de emociones intensas. Esas experiencias luego son reetiquetadas no como situaciones reales sino como circunstancias desagradables aunque altamente improbables.

Cualquier disminución en la fuerza de una creencia delirante se utilizó también para cuestionar las creencias generales de Jim acerca de control, amenaza y veracidad.

BAJA AUTOESTIMA: UN PROBLEMA COMÚN

Los pacientes con esquizofrenia suelen tener una mala percepción de sí mismos y baja autoestima. Puede suponerse que esos conceptos globales se manifiestan en términos de un esquema personal negativo. Se plantea que esto es consecuencia de enfermedades mentales graves y todo lo que éstas conllevan, como sufrir el estigma de una enfermedad mental e incluso el acoso y la exclusión, los efectos del rechazo social y ambientes interpersonales negativos, así como la sensación proyectada de devaluación e inutilidad. Los pacientes con depresión e ideación suicida pueden ver incrementados sus sentimientos de baja autoestima debido a su estado de ánimo depresivo. Además, un proceso de atribución puede hacerlos pensar que, si sienten que desean quitarse la vida, seguramente no valen nada y merecen morir.

En la figura 12-3 se representan los factores con el potencial de impactar y mantener los esquemas personales negativos. Como puede verse estos factores son fuertes, múltiples e implacables. Padecer una enfermedad mental grave tiene como consecuencia la formación de esos esquemas personales negativos que luego sesgan la forma en que se asimila la información, por lo que esos esquemas negativos se mantienen y se fortalecen en lugar de ser cuestionados y modificados.

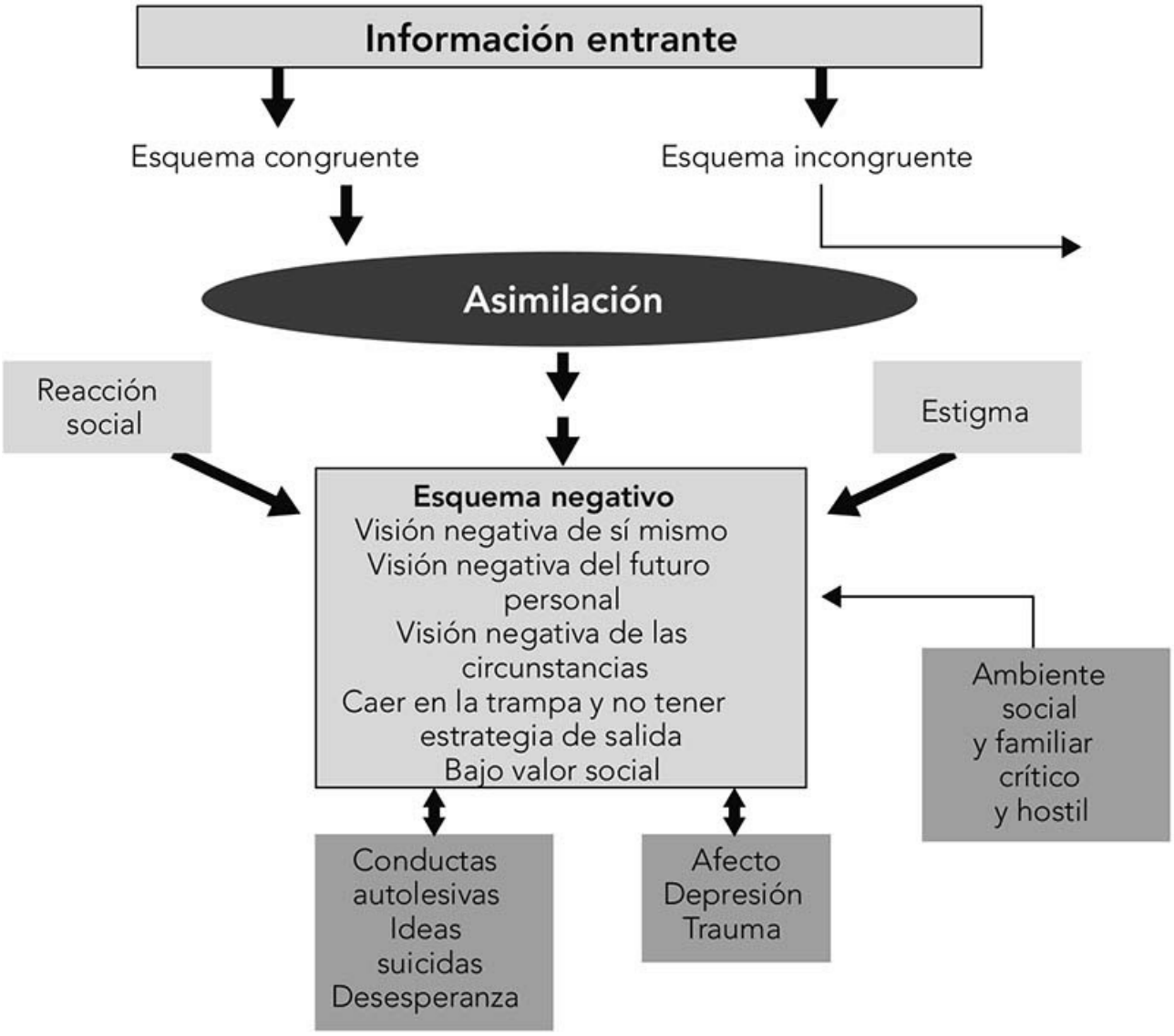


Figura 12-3. Mantenimiento de esquemas negativos.

Los sentimientos de baja autoestima pueden inhibir el uso eficaz de las estrategias de afrontamiento y aumentar el riesgo de depresión y de conducta autolesiva.

Mejorar la autoestima del paciente

El propósito de este conjunto de técnicas es producir la generalización de los atributos positivos, cuestionar los esquemas personales negativos, mejorar la autoestima general y provocar reacciones emocionales positivas. Este método puede llevarse a cabo en dos etapas. La primera etapa genera cogniciones positivas acerca del sí mismo y la segunda da lugar a una respuesta emocional positiva. Una alternativa es combinar ambas etapas de modo que los procesos de respuesta cognitiva y emocional ocurran juntos. Por comodidad se describe de la siguiente manera el procedimiento para el proceso de dos etapas:

Etapa 1: Respuesta cognitiva

- Pedir al paciente que mencione 10 cualidades positivas sobre sí mismo (la cantidad puede variar dependiendo de las capacidades del paciente; es importante que el paciente no falle en la generación del número requerido).
- Una vez que el paciente ha producido una lista de esas cualidades, pedirle que califique qué tanto cree en la realidad de cada una de ellas en una escala de 0 a 100 puntos (donde 0 = *Nada en absoluto* y 100 = *Por completo*).
- Pedir al paciente que presente ejemplos específicos que sean evidencia de cada cualidad; facilitar específicamente acciones recientes que puedan ligarse al tiempo, como "la semana pasada"; usar el conocimiento que se tenga del paciente para hacerle recordar ejemplos. Promover y registrar tantos ejemplos como sea posible.
- Pedir al paciente que repase la lista de ejemplos presentados para cada cualidad (lo que puede hacer por medio de la descripción verbal y la imaginería mental del suceso) y que califique de nuevo su creencia de que posee dicha cualidad. (Por lo general la calificación de la creencia cambia para mostrar un incremento; debe enfatizarse al paciente que su creencia puede cambiar dependiendo de la evidencia en la que enfoca su atención).
- Se asigna al paciente la tarea de supervisar su conducta durante la semana siguiente y registrar evidencia específica que apoye la opinión de que posee esas cualidades. El propósito es producir generalización y aprendizaje de la experiencia de una serie de atributos positivos.
- En la siguiente sesión, se proporciona retroalimentación sobre los ejemplos y se da lugar a otros. Se pide de nuevo al paciente que vuelva a calificar su creencia de que en realidad posee esas cualidades, y se señala cualquier cambio en esas creencias.
- Se pide al paciente que reflexione sobre el efecto que tiene en lo que cree sobre sí mismo y sus cualidades, provocar y enfocarse en conductas y evidencias específicas y la forma en que eso podría afectar la opinión general que tiene de sí mismo. Eso refuerza todos los atributos positivos y el proceso por el cual el paciente llega a una opinión más positiva de sí mismo.
- Mantener el procedimiento. Hay que enfatizar continuamente que las creencias del paciente sobre sí mismo varían dependiendo de en qué concentra su atención, y que la autoestima puede ser afectada considerablemente por la creencia y que es susceptible a cambio.

El caso de "Dave" ilustra la forma de llevar a la práctica este procedimiento. Dave logró aprender a afrontar sus síntomas, que al disminuir considerablemente permitieron una mejoría significativa en su nivel de funcionamiento. Dave expuso una serie de atributos que pensaba que podía tener: "servicial", creencia a la que asignó una calificación de 60 sobre 100; "amistoso", creencia a la que asignó una calificación de 50; y "buen padre", que calificó con 30. Luego se le pidió que sugiriera evidencia concreta y específica que apoyara todas esas creencias. Para "servicial" dijo que unos meses antes había prestado

dinero a un amigo, que la semana previa había abierto la puerta para alguien y que esa semana había ayudado a su padre en el jardín. En esta ocasión asignó a esa creencia una calificación de 90.

Para "amistoso," Dave mencionó que conservaba a muchos amigos desde hacía 10 a 20 años; sus amigos lo buscaban con regularidad y disfrutaban de su compañía; se sentía cómodo hablando con personas en los bares o autobuses. Se llevaba bien con los amigos de sus padres. Dave pensaba que se llevaba bien con el terapeuta y le gustaba hablar con él, y que podía hablar sin dificultad o reserva con diferentes tipos de personas de antecedentes distintos. En esta ocasión asignó a esa creencia una calificación de 100.

En el caso de ser un "buen padre", Dave dijo que disfrutaba cuando hablaba con su hijo y su hija cada semana (se había divorciado de la madre, quien tenía la custodia). Se sentía molesto cuando no los veía. Le gustaba comprarles regalos. Se sentía feliz de que eligieran actividades en lugar de que hicieran las cosas por pura conveniencia, y esto en sí le brindaba placer. En esta ocasión asignó a esa creencia una calificación de 60. Sin embargo, en este punto introdujo algunas evaluaciones negativas. Sentía que no podía ser un buen padre porque no vivía con sus hijos y no se llevaba bien con la madre. Dijo que las cosas siempre eran más sencillas para los padres ausentes, quienes veían a sus hijos por cortos periodos y tendían a malcriarlos. En su opinión, eso no era una crianza responsable. En este punto resultó útil para el clínico revisar el modelo de cómo se mantienen opiniones negativas como esa (figura 12-3) para discutir la congruencia de esos pensamientos con los esquemas y para indicar que las afirmaciones eran "sobregeneralizaciones", un proceso por el cual se maximizan los negativos y se minimizan los positivos. Además, aunque esos pensamientos y creencias temían un efecto depresivo sobre el estado de ánimo y mantenían las creencias negativas de Dave sobre sí mismo, además de que no reflejaban las circunstancias con exactitud. Para cuestionar las opiniones que Dave tenía de que era un mal padre, se realizaron varios ejercicios: se le pidió que definiera lo que es un "mal padre" en términos explícitos y que luego comparara objetivamente su conducta con esa definición. Se le pidió que comparara su conducta con la de otras personas en circunstancias similares. Por último, se le pidió que hiciera una valoración realista y objetiva de su desempeño y sus circunstancias. Mientras realizaba esos ejercicios, el clínico enfatizaba el potencial de un sesgo negativo en las autovaloraciones, junto con estrategias para afrontarlo en el futuro.

Etapa 2: Respuesta afectiva

También se le pidió a Dave que explicara por qué eran importantes esas cualidades y cuáles eran los beneficios potenciales de poseerlas. Durante este proceso el clínico utilizó el descubrimiento guiado y la imaginería para asegurar que las cualidades seleccionadas fuesen significativas e importantes para Dave. Se le pidió que generara ejemplos prácticos de cada cualidad y se hizo particular hincapié en que describiera conductas específicas asociadas con la calidad y contexto en que ocurrían. Se puso atención en las experiencias emocionales del paciente cuando exhibía esa cualidad, generando así el afecto positivo asociado con esa experiencia.

Se le pidió que imaginara la reacción emocional positiva que podría experimentar la persona que interactuaba con él cuando exhibiera una cualidad positiva, y que imaginara de manera vívida la experiencia de la otra persona, que describiera cómo se sentiría y que intentara imitar esa experiencia. Se le pidió luego que describiera cómo se sintió cuando provocó la emoción positiva en la otra persona.

Por ejemplo, en la demostración de generosidad al ayudar a un amigo, se empleó la imaginería guiada para pedirle que imaginara cómo se sintió ese amigo al recibir su ayuda. Se le solicitó que intensificara y sostuviera esta emoción positiva. Luego, por medio de un proceso similar, se le pidió que imaginara y describiera cómo se sintió cuando se dio cuenta de lo bien que se sintió su amigo al recibir su ayuda. Una vez más, se le pidió que intensificara y sostuviera esta emoción. Se realizó un proceso similar para todas las características positivas y los escenarios.

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Es raro que ocurran recaídas sin avisos. Usualmente son precedidas por un periodo de síntomas prodrómicos que pueden durar días, aunque es más común que sea por semanas y, en algunos casos, meses; sin embargo, el pródromo promedio es de cuatro semanas (Birchwood, Macmills y Smith, 1994). Los signos y síntomas prodrómicos comunes incluyen síntomas no psicóticos (p. ej., depresión leve o disforia, ansiedad, insomnio, irritabilidad, fluctuaciones del estado de ánimo y sensibilidad interpersonal) y síntomas psicóticos de bajo nivel (p. ej., suspicacia, pensamiento mágico, ideas de referencia, sentimientos de que "algo es raro o está mal" y de que el individuo no "encaja" con quienes lo rodean). Durante la fase prodrómica los pacientes exhiben cambios en su conducta, por ejemplo, se retraen, evitan el contacto social, abandonan los pasatiempos o intereses, parecen más preocupados o incapaces de continuar con el trabajo u otras actividades rutinarias o demandantes. A medida que el pródromo progresa, esos signos y síntomas se intensifican y los pacientes pueden exhibir conductas extrañas y estrafalarias, como ser incapaz de cuidar de sí mismos, mostrarse social o sexualmente inapropiados, hacer acusaciones contra otros, hablar entre dientes y desconectar la televisión o el teléfono.

Puede pedirse a los pacientes que recuerden los signos y síntomas que precedieron a episodios y recaídas previas, los cuales pueden sustentarse en el inicio del episodio o admisión al hospital, luego identifican cuándo se advirtieron esos cambios, qué cambios ocurrieron, cómo progresaron y en qué secuencia. Cada signo o síntoma puede anotarse en una tarjeta y pedir al paciente que las organice en un orden temporal de ocurrencia, lo que permite identificar la **firma de recaída** del paciente, es decir, el conjunto de signos y síntomas individuales que caracterizan a su pródromo y el curso temporal que llevó a la recaída. Los miembros de la familia o los profesionales del equipo profesional de salud mental, de estar disponibles, pueden ayudar a identificar los cambios prodrómicos y su secuencia. Los clínicos pueden encontrar útil el uso de evaluaciones estandarizadas de los síntomas prodrómicos, como la Escala de Signos Iniciales (Birchwood *et al.*, 1989). Dichos instrumentos también ayudan al clínico a inducir o indagar sobre posibles síntomas prodrómicos que no sean recordados espontáneamente por el paciente. El paciente debe ser capaz de distinguir el pródromo real de las fluctuaciones normales del estado de ánimo que no señalan una recaída. Esto se hace por medio de un proceso de entrenamiento discriminativo en que el paciente monitorea durante varias semanas su estado de ánimo y sus experiencias, con la meta de que aprenda a distinguir un pródromo real de la "falsa alarma" de las fluctuaciones normales en el afecto.

La siguiente etapa es formular una estrategia para enfrentar el siguiente pródromo. Pueden plantearse y repasarse las estrategias de afrontamiento, obtener la ayuda de otros y solicitar la atención de los servicios psiquiátricos, lo que puede incluir un incremento o cambio en los medicamentos. Con el conocimiento del curso temporal de los pródromos de los pacientes el clínico puede identificar diferentes acciones para distintas fases del pródromo y la "ventana de oportunidad" para la intervención. Una meta importante de

este enfoque de tratamiento es planear para el futuro, sobre todo para los sucesos potencialmente estresantes que pueden ocurrir y la manera de estar al tanto de los síntomas emergentes y las recaídas. La supervisión de los pacientes puede incluir que estos envíen postales para informar al clínico que se encuentran bien o que empezó el pródromo. Tecnologías como los teléfonos celulares y el correo electrónico ofrecen a los clínicos innovadoras plataformas y métodos para supervisar y mantener el contacto con los pacientes, identificar los signos tempranos de recaída e intervenir en el momento óptimo. Esos avances tecnológicos también pueden dar lugar a la evaluación e intervención en tiempo real, y al desarrollo de sistemas inteligentes para identificar periodos críticos y realizar intervenciones individualizadas (Kelly *et al.,* 2012).

Trastorno del pensamiento

El trastorno del pensamiento, caracterizado por lo general por la alteración del lenguaje, hace difícil comprender el significado de lo que cuenta el paciente. Sin embargo, con experiencia y paciencia, a menudo es posible seguir cierta lógica interna en el habla del paciente. Eso puede lograrse pidiendo que explique el significado o reflexionando sobre lo que uno entendió para replantearlo luego en un lenguaje más coherente. Avanzar de manera relajada por esos pasos organizados contribuye a impedir que el paciente se sienta agobiado por el contenido emocional de la discusión, lo que es más probable que ocurra cuando el material analizado es emocionalmente destacado.

Síntomas psicóticos intratables

Lamentablemente, existen casos en que los mejores esfuerzos del terapeuta y la medicación óptima producen poca mejoría en los síntomas del paciente, aunque se dispone de algunas opciones para esos casos intratables. Primero, es necesario asegurarse de que se cuenta con los servicios apropiados de apoyo que maximicen la calidad de vida del paciente. Segundo, deben hacerse revisiones regulares del tratamiento, en especial de los medicamentos y las circunstancias ambientales, a fin de evitar el estrés excesivo. Por último, siempre vale la pena continuar con algunas estrategias cognitivo-conductuales sencillas y directas porque, luego de un largo periodo, pueden empezar a tener efecto.

Riesgo de suicidio y conducta autolesiva

El riesgo de suicidio en pacientes con esquizofrenia es significativo. Los factores de riesgo incluyen el hecho de ser un hombre joven, padecer una enfermedad crónica con numerosas exacerbaciones, altos niveles de sintomatología y daño funcional, sentimientos de desesperanza asociados con depresión, temor a un deterioro mental mayor, y dependencia excesiva del tratamiento o pérdida de fe en el mismo. En un estudio se identificaron dos rutas al riesgo suicida, las cuales eran mediadas por la desesperanza: (1) incremento en el aislamiento social, al que contribuyeron una mayor duración de la enfermedad, más síntomas positivos, mayor edad y desempleo, y (2) una visión más negativa de sí mismo, mayor frecuencia de críticas de familiares y más síntomas negativos, a las que contribuyeron significativamente el hecho de ser varón, soltero y desempleado (Tarrier, Barrowclough, Andrews y Gregg, 2004). Un estudio de cohorte y una revisión sistemática más recientes confirmaron y extendieron los hallazgos anteriores. Se identificó el hecho de ser un varón joven con una historia de delitos violentos como predictor del suicidio, aunque este último hallazgo se restringió específicamente a los individuos con un bajo CI (Webb, Langström, Runeson, Lichtenstein y Fazel, 2011). Una revisión sistemática de 51 estudios identificó predictores importantes relacionados con la enfermedad, como síntomas depresivos, alucinaciones y delirios, enfermedad física

comórbida y abuso de drogas (Hor y Taylor, 2010).

Es importante que los terapeutas estén conscientes de que los intentos suicidas son una posibilidad muy real cuando se trata a una persona con esquizofrenia. Por desgracia, estos pacientes suelen cometer suicidio de manera impulsiva usando métodos letales como saltar de las alturas, la inmolación o armas de fuego. Es necesario evaluar la presencia de ideación suicida y preguntar directamente al paciente si ha hecho algún plan específico o si ha emprendido alguna acción y si se rompieron las barreras normales contra la conducta autolesiva y el suicidio. Es importante estar al tanto de factores que pueden elevar el riesgo, incluyendo la erosión de la autoestima, el aumento en la sensación de desesperanza y desesperación, en especial en relación con la percepción que tiene el paciente de la enfermedad y la recuperación; alteración de las relaciones familiares o sociales; y cualquier cambio en las circunstancias sociales o pérdida de las relaciones de apoyo (p. ej., cambios, vacaciones o partida de los integrantes del equipo de salud mental). Además, la ocurrencia de sucesos importantes, pérdidas o experiencias de vergüenza pueden dar lugar a desaliento.

Algunos factores que pueden incrementar el riesgo de suicidio son exclusivos de los trastornos psicóticos, como la experiencia de alucinaciones de comando que ordenan a los pacientes que se causen daño. Otros ejemplos son más idiosincrásicos. Uno de los autores (N. T.) tuvo un paciente que experimentaba sensaciones físicas extrañas que interpretaba como el hecho de que la reina de Inglaterra entraba en su cuerpo. Como súbdito leal, pensaba que debía desocupar su cuerpo para darle la posesión absoluta, por lo que intentó matarse cortándose las muñecas. Esto no fue el resultado de un deseo de morir, sino que fue motivado más bien por un sentido de protocolo social hacia la realeza. Por fortuna el intento no tuvo éxito.

Muchos clínicos suponen que los síntomas psicóticos tienen el efecto protector de ocultar la dura realidad de la carga de la enfermedad mental grave. La mejoría en la consciencia de la sintomatología pueden producir una mayor exposición a esta carga, aumentando de este modo la probabilidad de un escape potencial a través del suicidio.

Es necesario que el clínico esté consciente de todos esos factores, que conozca bien a sus pacientes y que supervise los cambios en sus circunstancias o estado de ánimo que puedan ser problemáticos. Es importante estar al tanto de los cambios predecibles y hacer planes para ellos, establecer buena comunicación con otros trabajadores de salud mental y abordar de forma abierta el estado de ánimo depresivo y la desesperanza. La evaluación del riesgo agudo de suicidio se complica todavía más por el afecto plano o incongruente de los pacientes, por lo que es posible que un paciente con esquizofrenia no exhiba las señales que el clínico buscaría en un paciente deprimido. Cuando el riesgo sea elevado debe llamarse a los servicios psiquiátricos de emergencia.

Diagnóstico dual: comorbilidad del consumo de alcohol y drogas

Los trastornos comórbidos por consumo de drogas son un problema creciente en los pacientes con esquizofrenia. A los pacientes con diagnóstico dual suele irles peor que a los pacientes que sólo presentan esquizofrenia en una variedad de resultados. Tienden a

ser persistentemente más sintomáticos, suelen tener recaídas y readmisiones más frecuentes y tempranas, son más propensos a presentarse en los servicios de emergencia, a exhibir niveles más altos de agresión y violencia, y a mostrar un riesgo más elevado de conducta autolesiva y suicidio.

El uso de la entrevista motivacional en pacientes con esquizofrenia ha sido eficaz para mejorar la motivación para cambiar la conducta relacionada con el consumo de drogas (Barrowclough *et al.,* 2011; Haddock *et al.,* 2003). Dicha entrevista motivacional se considera un "estilo" más que una intervención específica y puede incluirse en el enfoque de la terapia cognitivo-conductual para aumentar la motivación del paciente para cambiar la conducta de consumo de alcohol o de drogas y al mismo tiempo abordar la psicosis. Se plantea que este enfoque de tratamiento dual es necesario por la importante interacción entre consumo de alcohol o drogas y los síntomas psicóticos. Muchos pacientes no consideran que su consumo de alcohol o de drogas sea un problema y perciben que los beneficios, como automedicación, identificación con los pares o disfrute superan cualquier consecuencia negativa. El propósito de las sesiones iniciales es cambiar u obtener afirmaciones motivacionales del paciente, para lo cual el terapeuta usa las habilidades de la entrevista motivacional de escucha reflexiva, aceptación y reforzamiento selectivo. Una vez que el paciente identifica al consumo de drogas o alcohol como un problema y expresa el deseo de cambiar, la terapia puede avanzar a formas prácticas para alcanzar esa meta. El ensayo con control aleatorio más grande realizado a la fecha comparó una condición combinada de tratamiento usual, entrevista motivacional y terapia cognitivo-conductual con el solo tratamiento usual en personas que además de la psicosis presentaban consumo de drogas. Los resultados demostraron que el tratamiento mejoró la motivación para modificar el consumo de drogas y redujo significativamente el consumo diario, hallazgo que se mantenía en el seguimiento hecho a los 24 meses. Sin embargo, no hubo efectos en resultados clínicos como las tasas de recaída, síntomas y funcionamiento (Barrowclough *et al.,* 2010).

CONCLUSIÓN

La terapia cognitivo conductual para la psicosis tiene beneficios significativos para los pacientes con esquizofrenia y psicosis y debería formar parte de un plan completo de atención. Aunque es improbable que "cure" a los pacientes, puede ayudarlos a enfrentar y a recuperarse de su enfermedad. La intervención se basa en una evaluación y formulación detalladas, lo que requiere de considerable habilidad, experiencia y conocimiento tanto de la terapia cognitivo conductual como de la psicosis, y no se presta con facilidad al formato simple de un protocolo. La investigación futura sobre los aspectos teóricos no sólo permitirá comprender a la psicosis desde una perspectiva psicológica, sino que también deberá contribuir al desarrollo de los procedimientos de la terapia cognitivo-conductual. Se requiere además investigar la forma en que los nuevos tratamientos psicológicos son divulgados, penetran en los servicios de salud mental y se vuelven accesibles para los pacientes.

REFERENCIAS

Allot, K., Alvarez-Jimenez, M., Killackey, E. J., Bendall, S., McGorry, P. D., & Jackson, H. J. (2011). Patient predictors of symptom and functional outcome following cognitive behaviour therapy or befriending in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research, 132*, 125–130.

Barnes, T. R. E., & Nelson, H. E. (1994) *The assessment of psychoses: A practical handbook*. London: Chapman & Hall.

Barrowclough, C., Haddock, G., Lobban, F., Jones, S., Siddle, R., Roberts, C., et al. (2006). Group cognitive behaviour therapy for schizophrenia: Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 189*, 527–532.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S., Moring, J., O'Brian, R., et al. (2001). Randomised controlled trial of motivational interviewing and cognitive behavioural intervention for schizophrenia patients with associated drug or alcohol misuse. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1706–1713.

Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Conrod, P., Craig, T., et al. (2010). Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: Randomised controlled trial. *British Medical Journal, 341*, c6325.

Barrowclough, C., & Tarrier, N. (1992). *Families of schizophrenic patients: A cognitive-behavioural intervention*. London: Chapman & Hall.

Birchwood, M., Macmillan, F., & Smith, J. (1994). Early intervention. In M. Birchwood & N. Tarrier (Eds.), *Psychological management of schizophrenia* (pp. 77–108). Chichester, UK: Wiley.

Birchwood, M., Peters, E., Tarrier, N., Dunn, G., Lewis, S., Wykes, T., et al. (2011). A multi-centre randomised controlled trial of cognitive therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations. *BioMed Central Psychiatry, 11*, 155–160.

Birchwood, M., Smith, J., MacMillan, F., Hogg, B., Prasad, R., Harvey, C., et al. (1989). Predicting relapse in schizophrenia: The development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers. *Psychological Medicine, 19*, 649–656.

Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: Systematic review. *British Journal of Psychiatry, 197*, 350–356.

Bolton, C., Gooding, P., Kapur, N., Barrowclough, C., & Tarrier, N. (2007). Developing psychological perspectives of suicidal behaviour and risk in people with a diagnosis of schizophrenia: We know they kill themselves but do we understand why? *Clinical Psychology Review, 27*, 511– 536.

Brabban, A., Tai, S., & Turkington, D. (2009). Predictors of outcome in brief cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 35*, 859–864.

Brooker, C., & Brabban, A. (2006). *Measured success: A scoping review of evaluated psychosocial interventions training for work with people with serious mental health problems*. London: National Health Service, National Institute for Mental Health in England.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., et al. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin, 36*, 48–70.

Doll, R. (1998). Controlled trials: The 1948 watershed. *British Medical Journal, 317*, 1217–1220.

Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., & Macmillan, F. (1996). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial: I. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry, 169*, 593 –601.

Dunn, G., Fowler, D., Rollinson, R., Freeman, D., Kuipers, E., Smith, B., et al. (2012). Effective elements of cognitive behaviour therapy for psychosis: Results of a novel type of subgroup analysis based on principal stratification. *Psychological Medicine, 42*, 1057–1068.

Emmerson, L. C., Granholm, E., Link, P. C., McQuaid, J. R., & Jeste, D. V. (2009). Insight and treatment outcome with cognitive-behavioral social skills training for older people with schizophrenia. *Journal of Rehabilitation Research and Development, 46*, 1053–1058.

Fowler, D., Hodgekins, J., Painter, M., Reilly, T., Crane, C., Macmillan, I., et al. (2009). Cognitive behaviour therapy for improving social recovery in psychosis: A report from the ISREP MRC trial platform study

(improving social recovery in early psychosis). *Psychological Medicine, 39*, 1627–1636.
Freeman, D. (2011). Improving cognitive treatments for delusions. *Schizophrenia Research, 132*, 135–139.
Garety, P. A., Fowler, D. G., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G., & Kuipers, E. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 192*, 412–423.
Garety, P. A., Fowler, D., Kuipers, E., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P., et al. (1997). London–East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis: II. Predictors of outcome. *British Journal of Psychiatry, 171*, 420–426.
Garety, P., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine, 31*, 189–195.
Gould, R. A., Mueser, K. T., Bolton, E., Mays, V., & Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis. *Schizophrenia Research, 48*, 335–342.
Grant, P. M., Huh, G. A., Perivoliotis, D., Stolar, N. M., & Beck, A. T. (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 69*, 121–127.
Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., et al. (2003). Randomised controlled trial of cognitive-behavior therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance use: 18 month, carer and economic outcomes. *British Journal of Psychiatry, 183*, 418–426.
Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., & Faragher, B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS). *Psychological Medicine, 29*, 879–890.
Haddock, G., Tarrier, N., Morrison, A. P., Hopkins, R., Drake, R., & Lewis, S. (1999). A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive behavioural therapy in early psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*, 254–258.
Hall, P. H., & Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 317–332.
Hor, K., & Taylor, M. (2010). Review: suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology, 24*, 81–90.
Jackson, H. J., McGorry, P. D., Killackey, E., Bendall, S., Allott, K., Dudgeon, P., et al. (2008). Acute-phase and 1-year follow-up results of a randomized controlled trial of CBT versus befriending for first-episode psychosis: The ACE project. *Psychological Medicine, 38*, 725–735.
Johnson, J., Gooding, P., & Tarrier, N. (2008). Suicide risk in schizophrenia: Explanatory models and clinical implications, the schematic appraisal model of suicide (SAMS). *Psychology and Psychotherapy, 81*, 55–71.
Kane, J. M. (1999). Management strategies for the treatment of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*(Suppl. 12), 13–17.
Kelly, J. A., Gooding, P., Pratt, D., Ainsworth, J., Welford, M., & Tarrier, N. (2012). Intelligent real time therapy (iRTT): Harnessing the power of machine learning to optimise the delivery of momentary cognitive-behavioural interventions. *Journal of Mental Health, 21*(4), 404–414.
Kuipers, E., Onwumere, J., & Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *British Journal of Psychiatry, 196*, 259–265.
Lecomte, T., Leclerc, C., & Wykes, T. (2012). Group CBT for early psychosis—Are there still benefits one year later? *International Journal of Group Psychotherapy, 62*, 309– 321.
Lewis, S. W., Tarrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., et al. (2002). Randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy in early schizophrenia: Acute phase outcomes. *British Journal of Psychiatry, 181*(Suppl. 43), 91–97.
Lynch, D., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work?: A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological Medicine, 40*, 9–24.
Morrison, A. P., & Barratt, S. (2010). What are the components of CBT for psychosis?: A Delphi study. *Schizophrenia Bulletin, 36*, 136–142.
Morrison, A. P., French, P., Stewart, S. L. K., Birchwood, M., Fowler, D., Gumley, A. I., et al. (2012). Early detection and intervention evaluation for people at risk of psychosis: Multisite randomised controlled trial. *British Medical Journal, 344*, e2233.
Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S., Kilcommons, A., Green, J., et al. (2004). A randomised

controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. *British Journal of Psychiatry, 185*, 291–297.

Morrison, A. P., Hutton, P., Wardle, M., Spencer, H., Barratt, S., Brabban, A., et al. (2012). Cognitive therapy for people with a schizophrenia spectrum diagnosis not taking antipsychotic medication: An exploratory trial. *Psychological Medicine, 42*, 1049–1056.

Morrison, A. P., Turkington, D., Wardle, M., Spencer, H., Barratt, S., Dudley, R., et al. (2012). A preliminary exploration of predictors of outcome and cognitive mechanisms of change in cognitive behaviour therapy for psychosis in people not taking antipsychotic medication. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 163–167.

Mueser, K., & Glynn, S. M. (1995). *Behavioral family therapy for psychiatric disorders*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Mueser, K. T., Glynn, S. M., Cather, C., Xie, H., Zarate, R., Fox Smith, L., et al. (2013). A randomized controlled trial of family intervention of co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophrenia Bulletin, 39*(3), 658–672.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2009). *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care, updated guideline*. London: Author.

Nuechterlein, K. H. (1987). Vulnerability models for schizophrenia: State of the art. In H. Hafner, W. F. Gattaz, & W. Janzarik (Eds.), *Search for the cause of schizophrenia* (pp. 297–316). Heidelberg, Germany: Springer-Verlag.

Onwumere, J., Bebbington, P., & Kuipers, E. (2011). Family interventions in early psychosis: specificity and effectiveness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 20*(13), 113–119.

Onwumere, J., & Kuipers, E. (2011). Cognitive-behavioral family intervention in psychosis. In M. Rimondini (Ed.), *Communication in cognitive behavioral therapy* (pp. 185– 201). New York: Springer.

Pantelis, C., & Barns, T. R. E. (1996). Drug strategies in treatment resistant schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 30*, 20–37.

Perivoliotis, D., Grant, P. M., Peters, E. M., Ison, R., Kuipers, E., & Beck, A. T. (2010). Cognitive insight predicts favorable outcome in cognitive behavioral therapy for psychosis. *Psychosis, 2*, 23–33.

Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., et al. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family interventions and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine, 32*, 763–782.

Pocock, S. J. (1996). *Clinical trials: A practical approach*. Chichester, UK: Wiley.

Premkumar, P., Peters, E. R., Fannon, D., Anilkumar, A. P., Kuipers, E., & Kumari, V. (2011). Coping styles predict responsiveness to cognitive behaviour therapy in psychosis. *Psychiatry Research, 187*, 354–362.

Rector, N. A., & Beck, A. T. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*, 278–287.

Richardson, A., Baker, M., Burns, T., Lilford, R. J., & Muijen, M. (2000). Reflections on methodological issues in mental health research. *Journal of Mental Health, 9*, 463–470.

Salkovskis, P. M. (2002). Empirically grounded clinical interventions: Cognitive behaviour therapy progresses through a multidimensional approach to clinical science. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30*, 3–10.

Sarin, F., Wallin, L., & Widerlöv, B. (2011). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: A meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nordic Journal of Psychiatry, 65*, 162–174.

Slade, M., & Priebe, S. (2001). Are randomised controlled trials the only gold that glitters? *British Journal of Psychiatry, 179*, 286–287.

Steel, C., Tarrier, N., Stahl, D., & Wykes, T. (2012). Cognitive behaviour therapy for psychosis: The impact of therapist training and supervision. *Psychotherapy and Psychosomatics, 81*(3), 194–195.

Stowkowy, J., Addington, D., Liu, L., Hollowell, B., & Addington, J. (2012). Predictors of disengagement from treatment in an early psychosis program. *Schizophrenia Research, 136*, 7–12.

Tarrier, N. (1996). A psychological approach to the management of schizophrenia. In M. Moscarelli & N. Sartorius (Eds.), *The economics of schizophrenia* (pp. 271–286). Chichester, UK: Wiley.

Tarrier, N. (2002). The use of coping strategies and selfregulation in the treatment of psychosis. In A. Morrison (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis* (pp. 79–107). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Tarrier, N. (2006). A cognitive-behavioural case formulation approach to the treatment of schizophrenia. In N. Tarrier (Ed.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex clinical cases* (pp. 167–187). London: Routledge.

Tarrier, N., Barrowclough, C., Andrews, B., & Gregg, L. (2004). Suicide risk in recent onset schizophrenia: The influence of clinical, social, self-esteem and demographic factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 927–937.

Tarrier, N., Barrowclough, C., Haddock, G., & McGovern, J. (1999). The dissemination of innovative cognitivebehavioural treatments for schizophrenia. *Journal of Mental Health, 8*, 569–582.

Tarrier, N., & Calam, R. (2002). New developments in cognitive-behavioural case formulation: Epidemiological, systemic and social context: An integrative approach. *Cognitive and Behavioural Psychotherapy, 30*, 311–328.

Tarrier, N., Haddock, G., Lewis, S., Drake, R., Gregg, L., & the Socrates Trial Group. (2006). Suicide behaviour over 18 months in recent onset schizophrenic patients: The effects of CBT. *Schizophrenia Research, 83*, 15–27.

Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, P., et al. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 184*, 231–239.

Tarrier, N., & Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia: A cautious or cautionary tale? (Invited essay). *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1377–1401.

Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G., et al. (1998). A randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for chronic schizophrenia. *British Medical Journal, 317*, 303–307.

Tarrier, N., Yusupoff, L., McCarthy, E., Kinney, C., & Wittkowski, A. (1998). Some reason why patients suffering from chronic schizophrenia fail to continue in psychological treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 26*, 177–181.

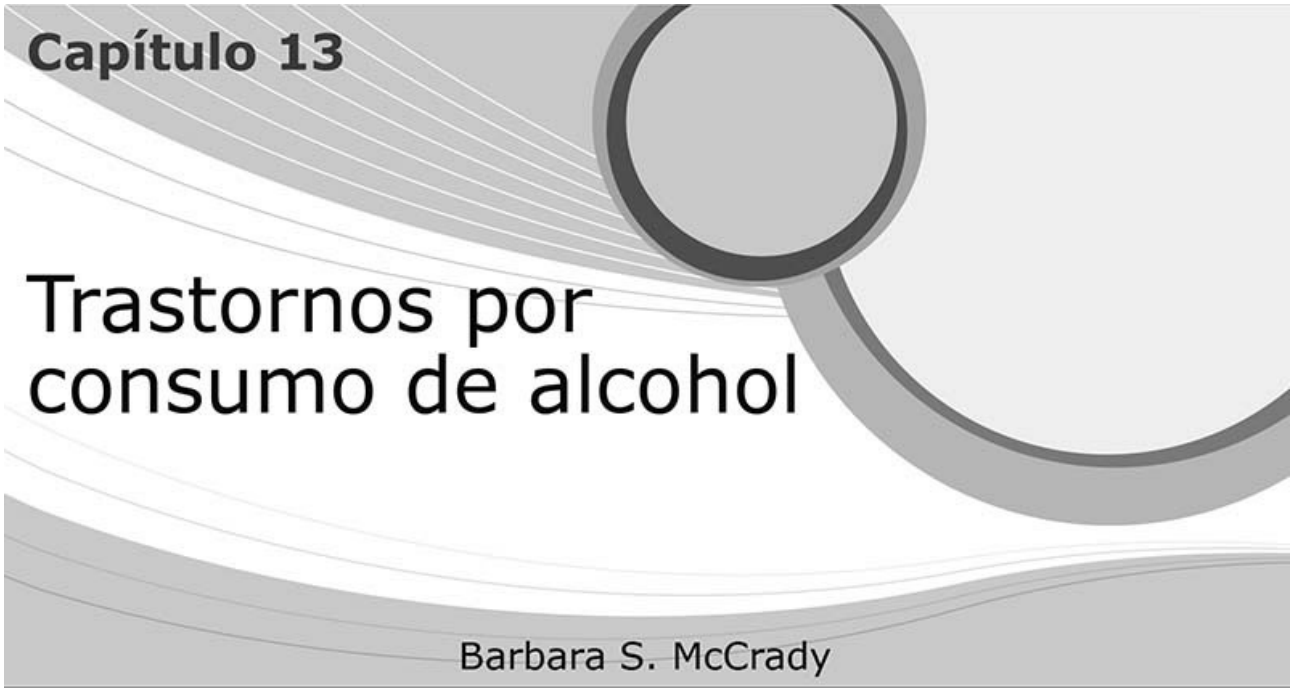
Tattan, T., & Tarrier, N. (2000). The expressed emotion of case managers of the seriously mentally ill: The influence of EE and the quality of the relationship on clinical outcomes. *Psychological Medicine, 30*, 195–204.

Trower, P., Birchwood, M., Meaden, A., Byrne, S., Nelson, A., & Ross, K. (2004). Cognitive therapy for command hallucinations: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 184*, 312–320.

Webb, R. T., Långström, N., Runeson, B., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2011). Violent offending and IQ level as predictors of suicide in schizophrenia: National cohort study. *Schizophrenia Research, 130*, 143–147.

Wykes, T., Everitt, B., Steele, C., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin, 34*, 523–537.

Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V. H., & Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioural treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research, 77*, 1–9.



Los clínicos que trabajan con individuos con problemas por su consumo de alcohol, así como los clínicos en entrenamiento, considerarán que este capítulo es un recurso de extraordinaria utilidad para orientar sus aproximaciones al tratamiento. En esta revisión, exhaustivamente actualizada y corregida, la autora describe la forma en que tendencias sociales e iniciativas legislativas recientes modificaron la naturaleza de la clientela con problemas de bebida que busca tratamiento. Después de una breve revisión de la evidencia empírica disponible sobre enfoques de tratamiento que van de Alcohólicos Anónimos a intervenciones breves a tratamiento hospitalario intensivo, la autora describe la miríada de factores que deben considerar los clínicos al elegir y llevar a la práctica intervenciones apropiadas para individuos con problemas con la bebida. Barbara McCrady presenta viñetas esclarecedoras para ilustrar estrategias terapéuticas importantes, incluyendo algunos métodos para motivar a los pacientes para iniciar el tratamiento. De una forma que enfatiza la humanidad de la pareja y que da vida a los compañeros, el extenso estudio de caso de este capítulo ilustra las trágicas consecuencias que con frecuencia acarrea el consumo excesivo de alcohol. En el contexto de la descripción de este caso, la autora describe en gran detalle lo que los clínicos no encontrarán en los libros y que quedan fuera de varios procedimientos de tratamiento, es decir, los embates y atajadas que debe realizar una clínica extraordinaria y experimentada para superar los obstáculos que inevitablemente surgen durante el tratamiento. -D. H. B.

Los trastornos por consumo de alcohol conforman un grupo heterogéneo de problemas cuya gravedad va de las borracheras del estudiante universitario que ocasionalmente falta a clases a la persona con alcoholismo crónico que experimenta graves consecuencias médicas y sociales por la bebida. Aunque la prevalencia de los trastornos por consumo de alcohol es mayor en los hombres que en las mujeres y en los jóvenes que en los ancianos, esos problemas afectan a individuos de todos los grupos sociodemográficos, raciales o étnicos, u ocupacionales. En escenarios médicos y de salud mental, es probable que por lo menos 25% de los clientes incluyan en los problemas que presentan un

trastorno por consumo de alcohol (p. ej., Zimmerman. Lubman y Cox, 2012), por lo que los profesionales en estos campos deben poseer las competencias que les permitan identificar, evaluar y planear un curso efectivo de tratamiento para esos clientes. En este capítulo se describe el contexto social del consumo y del consumo problemático de alcohol, se ofrece un modelo integrador para conceptualizar y tratar los problemas por el consumo de alcohol, y se presenta una serie de viñetas de casos y un estudio de caso para ilustrar el modelo clínico.

El clínico del siglo XXI trabaja dentro de una compleja y contradictoria red de tratamiento; debe tener entrenamiento formal y sistemático en los trastornos por consumo de alcohol y de otras sustancias; debe poseer herramientas que le permitan trabajar con clientes que acuden de manera voluntaria o involuntaria, con los que defienden apasionadamente una perspectiva tradicional de recuperación y los que se sienten ofendidos por ella; y deben trabajar lo mismo para fomentar cambios importantes y duraderos en el consumo de alcohol que para disminuir el daño que pueden sufrir individuos y grupos por su consumo. La necesidad de clínicos competentes en el tratamiento de trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias (TCA y TCS) aumentará debido a la aprobación reciente de dos leyes federales. La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, aprobada en 2010 en EUA, obliga a los centros de atención primaria a realizar pruebas de detección de alcohol y sustancias y ofrecer intervención breve como beneficios incluidos en la cobertura del plan de salud, y la Ley de Paridad en la Salud Mental y Equidad en el Tratamiento de las Adicciones de Wellstone-Domenici, aprobada en 2008, exige que la cobertura de la atención de la salud sea comparable en el caso de los tratamientos para la salud física, la salud mental y los problemas de adicción. De tenerse éxito en la implementación de esas leyes, serán más los individuos en que se identifique un trastorno por consumo de alcohol y sean canalizados para tratamiento.

Aunque es probable que aumente la necesidad de clínicos competentes en el tratamiento de trastornos por consumo de alcohol, muchos clínicos rehúyen a esta población por la notoria reputación de sus integrantes como individuos difíciles y frustrantes. Este capítulo asume que el clínico que tenga herramientas útiles y eficaces para trabajar con personas con problemas de bebida, y que tengan un poco de éxito con esas herramientas, encontrará razones positivas para atender a esos clientes. Los problemas con la bebida de las personas son tratables; su tratamiento es a la vez desafiante y gratificante, y cuando logran cambiar el clínico tiene la rara oportunidad de ayudar a la gente a hacer cambios importantes y satisfactorios en su vida.

DEFINICIONES Y DIAGNÓSTICOS DE LOS PROBLEMAS POR CONSUMO DE ALCOHOL

Diagnóstico

El diagnóstico de los problemas por consumo de alcohol de la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (American Psychiatric Association, 2013) considera que dichos padecimientos son un único trastorno cuya gravedad varía a lo largo de un espectro. Ediciones anteriores del DSM distinguían entre abuso y dependencia del alcohol, una distinción que ya no se aplica. Para que un individuo reciba el diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol debe cumplir por lo menos dos de 11 criterios, y el trastorno se clasifica como leve (dos a tres síntomas), moderado (cuatro a cinco síntomas) o grave (seis a siete síntomas). Los 11 criterios diagnósticos combinan los criterios del DSM-IV para el abuso y dependencia del alcohol, de los cuales se eliminó el criterio de "consecuencias legales repetidas relacionadas con el alcohol" y se agregó el de "deseos intensos". De este modo, los criterios diagnósticos incluyen (1) incapacidad para cumplir obligaciones sociales importantes, como las relacionadas con el trabajo, la casa o la escuela; (2) consumo reiterado en condiciones con el potencial de causar daño físico (p. ej., beber y conducir); (3) continuar el consumo a pesar de que esté ocasionando problemas sociales o interpersonales; (4) desear o intentar disminuir o detener el consumo sin éxito; (5) beber grandes cantidades de alcohol o beber por periodos más largos de lo planeado; (6) exhibir señales de tolerancia física; (7) mostrar señales de abstinencia física; (8) abandonar otras actividades; (9) dedicar mucho tiempo a la obtención y consumo de alcohol, y a recuperarse de sus efectos; (10) continuar el consumo aunque se sepa que está causando problemas físicos y psicológicos recurrentes; y (11) experimentar deseos intensos y persistentes de alcohol. La dependencia del alcohol también puede clasificarse como estar en "remisión parcial" o en "remisión completa"; la remisión puede ser "temprana" (por lo menos tres meses) o "sostenida" (un año o más).

Definiciones alternativas

En contraste con el diagnóstico psiquiátrico formal de un trastorno por consumo de alcohol, investigadores y clínicos conductuales han sugerido que los problemas por consumo de alcohol forman parte de un continuo que va de la abstinencia, al consumo no problemático a diferentes tipos y grados de consumo problemático. El DSM-5 coincide más con esta perspectiva, aunque todavía considera un punto de corte indicativo del trastorno. Desde la perspectiva del continuo de problemas por consumo de alcohol, las dificultades pueden adoptar diversas formas, algunas que son congruentes con un diagnóstico formal y otras que son más leves e intermitentes. Si utiliza la perspectiva de los problemas por consumo de alcohol el clínico puede enfocarse con más claridad en el patrón de consumo, las consecuencias negativas acumuladas por el cliente, sus excesos y déficits conductuales en diversas áreas de funcionamiento y sus fortalezas particulares.

Quitar énfasis en el diagnóstico obliga al clínico a considerar a los clientes desde una perspectiva más individual. Por consiguiente, aunque el diagnóstico formal es útil para identificar y definir la gravedad de los problemas de un cliente y es necesario para llevar el registro, la aproximación a la evaluación clínica que se destaca en este capítulo presta menos atención a los temas del diagnóstico y más a la identificación del problema.

Este capítulo considera las dificultades relacionadas con el consumo de alcohol como un conjunto multivariado de problemas definidos por la característica común del consumo. La gravedad de esos problemas varía de la dependencia severa a problemas leves y circunscritos.

Para algunos, el consumo de alcohol es en sí un problema importante; para otros, las razones principales para buscar tratamiento son las consecuencias del consumo, como la interrupción de una relación, dificultades laborales o problemas de salud. Al considerar que los problemas por el consumo de alcohol son multivariados este capítulo asume también la existencia de múltiples etiologías en que los determinantes genéticos, psicológicos y ambientales contribuyen en diferente grado a la presentación de esos problemas en distintos clientes.

Complicación de los problemas

Los problemas con la bebida son complicados por la presencia simultánea de diversas dificultades. A este respecto destaca la comorbilidad de los trastornos por consumo de alcohol con otros diagnósticos psiquiátricos. Un alto porcentaje de quienes recibieron el diagnóstico de un trastorno por consumo de alcohol también experimentan otros problemas psicológicos que pueden ser antecedentes, concurrentes o consecuentes a su problema con la bebida (Rosenthal, 2013). Los trastornos más comunes del Eje I son otros trastornos por consumo de sustancias, depresión y ansiedad, que se presentan en más de 60% de los hombres en tratamiento. El trastorno comórbido del Eje II más común en los hombres con un trastorno por consumo del alcohol es el trastorno antisocial de la personalidad, con tasas que van de 15 a 50%. Las mujeres presentan más a menudo trastornos depresivos; entre 25 y 33% de las mujeres con trastorno por consumo de alcohol experimentan depresión antes del inicio.

Los problemas por consumo de alcohol también son complicados por dificultades en la cognición, salud física, relaciones interpersonales, el sistema de justicia penal, el escenario laboral y el ambiente. Muchas personas con alcoholismo presentan déficit cognitivos sutiles, en particular en las áreas de razonamiento abstracto, memoria, flexibilidad cognitiva, solución de problemas y dificultades en la diferenciación emocional (para una revisión de las publicaciones en el área consulte el trabajo de Oscar-Beran y Marinkovic, 2007). Esos problemas no siempre son evidentes de inmediato porque por lo general el funcionamiento verbal no es alterado. El consumo excesivo también provoca diversos problemas médicos y puede afectar cualquier sistema orgánico del cuerpo; por ejemplo, puede generar condiciones como cardiomiopatía, enfermedades hepáticas, gastritis, úlceras, pancreatitis y neuropatías periféricas. Incluso en ausencia de condiciones médicas obvias, los efectos del consumo desmesurado pueden ser insidiosos

y debilitantes. Muchas personas comen mal cuando beben, lo que provoca deficiencias nutricionales, poca energía o malestar físico impreciso y difuso. En la dependencia del alcohol se observan tasas de mortalidad elevadas entre personas de todas las edades, las cuales son más altas entre las mujeres que entre los hombres.

Las relaciones interpersonales también pueden ser alteradas. Las tasas de separación y de divorcio son siete veces más altas que entre la población general (Paolino, McCrady y Diamond, 1978); la violencia doméstica es más alta en hombres y mujeres con un trastorno por consumo de alcohol (Smith, Homish, Leonard y Cornelius, 2012); y los problemas emocionales y conductuales son más comunes entre sus cónyuges o parejas y sus hijos (Moos y Billings, 1982; Moos, Finney y Gamble, 1982). El uso de servicios médicos es alto entre los cónyuges e hijos de individuos con trastorno por consumo de alcohol activo (Spear y Mason, 1991).

Las personas que buscan tratamiento por un problema con la bebida pueden enfrentar problemas legales por cargos relacionados con el hecho de conducir bajo la influencia del alcohol y otros delitos relacionados con él (p. ej., ataques). Los cargos relacionados con las sustancias también pueden llevar a un cliente a tratamiento. Los clientes varían en el grado en que reconocen el problema que representa su forma de beber y en su grado de motivación para cambiar los patrones de consumo.

En conclusión, el cliente que se presenta para recibir tratamiento puede beber de una manera que causa preocupación, haber recibido el diagnóstico formal del trastorno por consumo de alcohol y cumplir además los criterios de uno o más trastornos del Eje I o del Eje II. La persona también puede tener otros problemas importantes, como daño cognitivo, problemas de salud física, problemas interpersonales u ocupacionales, y, o, problemas legales. El reconocimiento del problema y la motivación para cambiar pueden ser pobres. ¿Cómo puede el clínico desarrollar una aproximación racional a la conceptualización y tratamiento de este complicado cuadro?

MODELO TEÓRICO

El modelo que se presenta en este capítulo asume que la planeación del tratamiento debe ser multidimensional y que existe más de un tratamiento efectivo para los problemas relacionados con el alcohol. A diferencia de algunos trastornos para los que puede demostrarse la superioridad de un enfoque de tratamiento sobre otros, en el campo del alcohol existen varios métodos de tratamiento legítimos y con apoyo empírico (para una revisión consulte el trabajo de Hallgren, Greenfield, Ladd, Glynn y McCrady, 2012). Esos tratamientos se basan en diferentes conceptualizaciones de la etiología, curso, metas y duración del tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol. Entre los tratamientos con mayor apoyo se encuentran las intervenciones breves con enfoque motivacional, el tratamiento cognitivo-conductual, el tratamiento de facilitación de los 12 pasos, la terapia conductual de pareja, el tratamiento por exposición a señales y el enfoque de reforzamiento de la comunidad.

Los tratamientos eficaces parecen compartir una serie de factores comunes que se resumen en la tabla 13-1. La principal responsabilidad del terapeuta es ayudar al cliente a encontrar un método y escenario de tratamiento que funcionen para él o para ella en lugar de seguir ciegamente un modelo o escenario particular de tratamiento. Una segunda responsabilidad del terapeuta, y de igual importancia, es mejorar la motivación del cliente para que siga esforzándose, incluso si el escenario inicial de tratamiento no fue efectivo. Este modelo de tratamiento toma en cuenta siete consideraciones importantes: (1) la gravedad del problema, (2) problemas concomitantes de la vida, (3) expectativas del cliente, (4) la motivación y la relación terapéutica, (5) variables que mantienen el patrón actual de consumo, (6) sistemas de apoyo social, y (7) mantenimiento del cambio.

Tabla 13-1. Principios para el tratamiento de trastornos por el consumo de sustancias

1. Estructura y organización del escenario de tratamiento
- Claro y bien organizado
- Involucra activamente a los clientes en el programa
- Proporciona un ambiente de apoyo y expresión emocional
- Enfatiza la autorregulación, el trabajo y el desarrollo de habilidades sociales
- Espera que los clientes asuman la responsabilidad de su tratamiento y que lo completen

2. Tipo de proveedor y lo que éste hace
- El tratamiento es ofrecido por especialistas en adicciones o clínicos de la salud mental
- Es crucial el desarrollo de una alianza terapéutica efectiva
  - Empatía precisa
  - Respeto a la experiencia de los clientes en terapia
  - Evitación de confrontaciones
- Ofrecer dirección de metas a los clientes
- Proporcionar un nivel moderado de estructura para la terapia
- Manejar la ambivalencia relacionada con el cambio o con el hecho de estar en tratamiento
  - Ajustar el nivel de confrontación al nivel de reactancia de los clientes

- Evitar discutir con clientes enojados
- Evitar presionar a los clientes difíciles para que acepten su diagnóstico o la necesidad de cambiar

3. Nivel de atención, continuidad de la atención y elementos del tratamiento

• Prestar atención a la retención de los clientes en el tratamiento

• Determinar la intensidad y duración del tratamiento a partir de la consideración de la gravedad del trastorno por consumo de sustancias

- En el caso de las personas con un consumo excesivo y poca dependencia del alcohol son apropiados tratamientos breves menos intensos, la terapia hospitalaria intensiva da lugar a resultados más pobres
- Los clientes con dependencia severa del alcohol obtienen mejores resultados con un tratamiento inicial más intensivo y responden de manera más positiva al tratamiento que se enfoca en la consejería y la participación en grupos de 12 pasos

• Evaluar y arreglar que el cliente reciba atención para otras necesidades de cuidado médico y servicio social

4. Factores contextuales

• Involucrar a una persona allegada

• Ayudar a los clientes a reestructurar sus ambientes sociales para incluir a personas que apoyen el cambio y la abstinencia

• En el caso de clientes poco comprometidos para permanecer en tratamiento o cambiar su consumo de sustancias, involucrar en el tratamiento a la familia o a otro miembro del sistema de apoyo social para fomentar la retención en el tratamiento

• En el tratamiento de adolescentes con trastornos por consumo de sustancias usar enfoques que involucren sistemas múltiples, incluyendo a la familia, los pares y otros

5. Características del cliente

• Una mayor disposición del cliente para cambiar se asocia con un mayor éxito del tratamiento

• Una mayor severidad del trastorno por consumo de sustancias se asocia con una respuesta más pobre al tratamiento

6. Elementos terapéuticos específicos

• Concentrarse en la motivación del cliente

• Ayudar a los clientes a desarrollar conciencia de los patrones repetitivos de pensamiento y conducta que perpetúan su consumo de alcohol o de sustancias

• Prestar atención a las experiencias afectivas de los clientes

• Considerar el papel del condicionamiento en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos por consumo de sustancias. Los clínicos deben evaluar con cuidado los indicadores de respuestas condicionadas específicas al alcohol o las sustancias y desarrollar maneras de cambiar sus respuestas condicionadas

• Mejorar las expectativas de resultados positivos

7. Correspondencia entre cliente y tratamiento

• Evaluar la posibilidad de trastornos comórbidos y usar tratamientos con apoyo empírico para otros problemas presentados

• Usar un tratamiento específico para clientes femeninas

Nota. Tomado de Haaga, McCrady y LeBow (2006). Copyright 2006 de Wiley Journals, Inc. Reproducido con autorización.

Gravedad del problema

La gravedad del problema es un factor relativamente ateórico cuya importancia es mayor en la decisión sobre los tipos de tratamiento que pueden ofrecerse, la intensidad del tratamiento y el escenario inicial del mismo. La dependencia grave del alcohol puede conceptualizarse como un trastorno crónico recurrente (McLellan, Lewis, O'Brien y Kleber, 2000) en que se presentan recaídas incluso después de periodos prolongados de abstinencia. Igual que en otros trastornos crónicos, como diabetes, enfermedad cardiovascular o artritis reumatoide, es necesario que el clínico adopte una perspectiva de largo plazo en que las principales metas deben ser la maximización de los periodos de funcionamiento positivo y la minimización de los de consumo problemático. En contraste, otros individuos tienen problemas relacionados con el alcohol que pueden ser circunscritos y no son progresivos (Finney, Moos y Timko, 2013). Datos epidemiológicos sugieren que para la mayor parte de las personas con problemas relacionados con consumo de alcohol, los problemas se resolverán o remitirán sin necesidad de tratamiento o intervención formal. El clínico que encuentra individuos en el extremo leve del espectro de severidad debe planear una intervención breve dirigida a aumentar la motivación de estas personas que complemente el proceso de cambio natural e inspirarlas para hacer cambios en su manera de beber.

Problemas concomitantes de la vida

Los clientes con trastorno por consumo de alcohol suelen tener problemas en múltiples áreas de funcionamiento de su vida: física, psicológica o psiquiátrica, familiar, social e interpersonal, ocupacional, legal, de cuidado de los hijos, de alojamiento y transporte. La evaluación de esas diferentes áreas de funcionamiento es crucial para planear y llevar a cabo un tratamiento eficaz. La investigación sugiere que la identificación exitosa de las áreas problemáticas puede dar lugar a cambios apreciables en esos problemas, incluso en el caso de clientes con dependencia severa del alcohol y condiciones de indigencia (Cox *et al.,* 1998). Además, ofrecer tratamiento dirigido a múltiples áreas problema mejora también los resultados en el consumo de alcohol y sustancias (McClellan *et al.,* 1997; Morgenstern *et al.,* 2006; Rynes, McCrady, Morgan, Violette y Pandina, 2012).

Expectativas del cliente

Los clínicos deben ofrecer a los clientes expectativas precisas sobre la intensidad de su tratamiento y el curso probable de sus problemas. A la fecha, es poca la investigación que ha examinado formas de afectar las expectativas del cliente, aunque el desarrollo reciente del Cuestionario de Expectativas del Tratamiento Psicosocial sugiere que los clientes tienen expectativas relacionadas con el propósito y atmósfera del tratamiento, así como de la probabilidad de que el tratamiento tenga impacto en su vida cotidiana (Leite,

Seminotti, Freitas y Drachler, 2011). Dado que la investigación es limitada, las recomendaciones que aquí se presentan sólo se derivan en parte de hallazgos empíricos sobre el curso y tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol, por lo que dichas recomendaciones deben someterse a prueba.

En el caso de clientes con problemas circunscritos y menos graves, el clínico puede informarles que la duración del tratamiento será breve, que es probable que logren disminuir su consumo y que el pronóstico a largo plazo es bueno. A esos clientes también se les puede decir que ahora o en algún momento futuro pueden decidir dejar de beber por completo (Miller, Leckman, Delaney y Tinkcom, 1992), o que pueden mantener un consumo moderado.

Sin embargo, los clientes con trastornos por consumo de alcohol más graves y crónicos deben recibir un conjunto diferente de expectativas sobre el tratamiento y el curso probable de sus problemas. Es justo decirles que alrededor de 25% de los clientes mantienen una abstinencia sostenida al menos durante un año después del tratamiento, que otro 10% consumirá alcohol con moderación y sin problemas, que los clientes reducirán, en promedio, alrededor de 87% la cantidad de alcohol que consumen y que los problemas relacionados con el alcohol disminuirán en cerca de 60% (Miller, Walters y Bennett, 2001). El reto para esos clientes es aprender habilidades para manejar su consumo de una forma que provoque alteraciones mínimas en su vida. La metáfora de la enfermedad crónica puede ser útil. Por ejemplo, igual que un paciente con diabetes, un cliente con un trastorno severo por consumo del alcohol necesita hacer y mantener cambios importantes en su estilo de vida para mantener un funcionamiento saludable. Igual que el paciente con diabetes, el cliente con trastorno grave por consumo de alcohol necesita conocer las señales de advertencia de que se está metiendo en problemas y saber qué hacer. Y ningún individuo puede permitirse olvidar o ignorar su problema crónico.

Motivación y la relación terapéutica

Los clientes varían en el grado en que reconocen que su manera de beber es problemática y en su disposición para cambiar. Los modelos motivacionales sugieren que los individuos inician el cambio cuando perciben que los costos de su conducta superan los beneficios y cuando pueden anticipar algún beneficio del cambio conductual (Cunningham, Sobell, Sobell y Gaskin, 1994). Prochaska y DiClemente (2005) propusieron un continuo de etapas de disposición para cambiar que incluye las etapas de **precontemplación,** en que la persona no reconoce que la conducta es problemática; **contemplación**, en que la persona considera que un patrón conductual puede ser problemático; **determinación** o **preparación** en que el individuo decide cambiar; y **acción**, en que una persona inicia conductas activas para enfrentar el problema. Después de la acción se encuentra el **mantenimiento**, si el cambio conductual es exitoso, o **recaída** si la persona regresa a la conducta problema. Miller y Rollnick (2002) sugirieron que varios factores influyen en la disposición de una persona para cambiar entre los que se encuentran estar al tanto de la gravedad del problema, tener consciencia de cambios positivos por cambiar la conducta y percibir que se tiene opción para hacer los cambios.

La aproximación del clínico al tratamiento y a su planeación debe ser orientada por la etapa de cambio en que parece encontrarse el cliente y la percepción de sus problemas.

Los modelos contemporáneos ven a la motivación como un estado que puede ser influenciado por conductas terapéuticas y las experiencias en la vida del cliente. Las aproximaciones terapéuticas encaminadas a mejorar la motivación llevan a los clientes a hablar más acerca de cambiar su forma de beber que de seguir bebiendo, y a su vez, este "cambio en lo que se habla" predice mejores resultados (Moyers, Martin, Houck, Christopher y Tonigan, 2009). Las aproximaciones enfocadas en el mejoramiento de la motivación parecen ser particularmente efectivas con los clientes que inician el tratamiento con mucho enojo y hostilidad (Project MATCH Research Group, 1997b). Miller y Rollnick (1991) describieron seis elementos comunes para mejorar la motivación que en inglés se resumen en el acrónimo FRAMES: retroalimentación (Feedback) personalizada para el cliente sobre su condición; énfasis en la responsabilidad (Responsibility) personal del cliente para cambiar; proporcionar consejo (Advice) sobre la necesidad de cambio de forma clara y comprensiva; ofrecer al cliente un menú (Menu) de opciones sobre la manera de emprender el cambio en lugar de insistir en un tratamiento o meta de tratamiento; ofrecer el tratamiento con un estilo cálido, empático (Empathic) y compasivo; y mejorar la autoeficacia (Self-efficacy) percibida por el cliente para el cambio.

Factores que mantienen el patrón actual de consumo de alcohol

La conceptualización del caso para la planeación del tratamiento se enfoca en los factores que mantienen el patrón de consumo problemático. Diferentes modelos de tratamiento usan marcos distintos para conceptualizar los factores actuales que mantienen el patrón de consumo. Aquí se presenta el enfoque cognitivo-conductual para la conceptualización del caso (vea el trabajo de Epstein y McCrady, 2009). La formulación cognitivo-conductual del caso asume que el consumo de alcohol puede tratarse mejor si se examinan los factores actuales que mantienen el consumo de alcohol, más que los factores históricos. Los factores que mantienen el consumo pueden ser individuales o estar relacionados con circunstancias ambientales o relaciones interpersonales. El modelo asume antecedentes externos que tienen una relación legal con el consumo por el emparejamiento repetido con reforzamiento positivo o negativo o por la anticipación del reforzamiento. El modelo supone que la relación entre antecedentes externos y la conducta de beber es mediada por las cogniciones y los estados afectivos y que las expectativas sobre el valor reforzante del alcohol juegan un papel importante en la determinación de la conducta subsecuente de beber. Finalmente, el modelo acepta que el consumo de alcohol es mantenido por sus consecuencias y que las fuentes de esas consecuencias pueden ser fisiológicas, psicológicas o interpersonales.

Para integrar esas suposiciones sobre el consumo de alcohol se usa un marco analítico funcional en que la respuesta (R) de beber es provocada por estímulos (E) ambientales que la preceden; que la relación entre el estímulo y la respuesta es mediada por factores cognitivos, afectivos y fisiológicos u organísmicos (O); y que la respuesta es mantenida

por consecuencias (C) positivas o por la evitación de consecuencias negativas como resultado del consumo de alcohol. El consumo de alcohol se asocia con varios factores individuales, familiares e interpersonales. A nivel individual, los antecedentes ambientales pueden estar asociados con situaciones específicas en que se consume alcohol, horas del día o la mera vista u olor del alcohol. Las variables organísmicas pueden incluir deseos intensos de alcohol; síntomas de abstinencia; afectos negativos como enojo, ansiedad o depresión; autoevaluaciones negativas o creencias irracionales; o expectativas positivas sobre los efectos del alcohol en situaciones particulares.

Los reforzadores individuales pueden incluir disminución en los deseos intensos o en los síntomas de abstinencia, decrementos en el afecto negativo o incrementos en el afecto positivo, reducción en las autoevaluaciones negativas o disminución en la atención a los problemas y preocupaciones.

A nivel familiar ocurren varios antecedentes del consumo. El alcohol puede ser parte usual de las celebraciones familiares o rituales diarios. Los miembros de la familia pueden tratar de influir en la conducta de consumo problemático insistiendo en que la persona se detenga o tratando de refrenar el consumo mediante el control de las finanzas o el abastecimiento de licor. Esas acciones pueden convertirse en antecedentes para un mayor consumo. Las familias en que un integrante bebe en exceso pueden desarrollar habilidades inadecuadas de comunicación y solución de problemas, así como problemas matrimoniales o de pareja, sexuales, financieros y de crianza de los hijos que pueden inducir el consumo. La persona con el problema de bebida puede exhibir diversas reacciones a esos antecedentes familiares, experimentar afecto negativo, baja autoeficacia para afrontar los problemas y, o pensamientos de represalia. Las conductas de la familia pueden reforzar la bebida; por ejemplo, puede proteger a la persona de las consecuencias negativas del consumo cuidándola mientras está intoxicada o asumiendo sus responsabilidades. Varios investigadores han observado cambios positivos en las interacciones matrimoniales o de pareja asociadas con el consumo, como un incremento en los intercambios íntimos o en la asertividad del bebedor, lo cual sugiere que esas conductas positivas pueden reforzar el consumo (p. ej., Frankenstein, Hay y Nathan, 1985).

Existen también otros antecedentes interpersonales del consumo como las presiones sociales para beber; situaciones relacionadas con el trabajo; amistades en que el consumo de alcohol juega un papel importante, o conflictos interpersonales con colegas, amigos o conocidos. La persona puede reaccionar a los antecedentes interpersonales del consumo con deseos intensos de beber, expectativas positivas, incomodidad social o autoevaluaciones negativas para no beber. Las consecuencias interpersonales positivas del consumo pueden incluir la disminución del deseo intenso o la ansiedad social y un mayor sentido de conexión social o diversión, o un incremento en la comodidad social o la asertividad.

Apoyo social

Las conductas de la familia y de otros miembros de la red social del cliente son parte

integral de la conceptualización del caso. Para el éxito del tratamiento es fundamental disponer de apoyo social tanto general como para la abstinencia o consumo moderado. El apoyo de la red social del cliente a la abstinencia se asocia con mejores resultados, mientras que el apoyo para la continuación del consumo se asocia con peores resultados (Longabaugh, Wirtz, Zywiak y O'Malley, 2010). Es posible que los clientes que se encuentran en una red social que apoya el consumo de alcohol deban dar pasos deliberados para separarse de ella y buscar acceso a nuevas redes sociales que apoyen la abstinencia o consumo moderado. Algunos datos sugieren que la participación en Alcohólicos Anónimos (AA) puede cumplir esa función (Longabaugh, Wirtz, Zweben y Stout, 1998), y datos sobre la recuperación natural de problemas relacionados con el alcohol sugieren que encontrar una nueva relación amorosa o participar en actividades religiosas también pueden ser posibilidades viables de cambio (Vaillant y Milofsky, 1982).

Mantenimiento del cambio

En buena parte de la revisión anterior está implícita la idea de que los individuos con trastornos graves por consumo de alcohol tienen una elevada probabilidad de recaída, consideración constante que se debe tanto a la dificultad para cambiar hábitos arraigados de largo plazo como a los cambios fisiológicos y metabólicos permanentes estimulados por el consumo excesivo (Woodward, 2013). Se han propuesto varios modelos para conceptualizar el proceso de mantenimiento o recaída con tratamientos asociados. Los modelos de mantenimiento más destacados incluyen el modelo de prevención de recaídas (PR) (Marlatt y Gordon, 1985; Witkiewitz y Marlatt, 2004) y el modelo de enfermedad, ejemplificado mejor por las prácticas comunes en Alcohólicos Anónimos. Según el modelo de prevención de recaídas, éstas ocurren en respuesta a una situación de alto riesgo para la que el cliente carece de habilidades efectivas de afrontamiento o no las aplica. La baja autoeficacia para afrontar la situación puede contribuir a las dificultades. Si el afrontamiento del cliente no es eficaz, es probable el consumo de alcohol. Marlatt y Gordon (1985) sugirieron que luego del consumo inicial, se activa un factor cognitivo, el "efecto de la violación de la abstinencia" (EVA) que representa un pensamiento de todo o nada; después de beber, el cliente hace un cambio cognitivo para verse "bebiendo", por lo que continúa haciéndolo.

El tratamiento para la prevención de recaídas se concentra en varios puntos de intervención comunes al tratamiento cognitivo-conductual, como la identificación de situaciones de alto riesgo y la adquisición de habilidades de afrontamiento, así como una reestructuración cognitiva que ayude al cliente a ver el episodio de bebida como una "falla" de la que puede aprender y regresar a la abstinencia más que como una "recaída" en los patrones previos de consumo. El modelo de prevención de recaídas se enfoca también en hacer cambios en el estilo de vida que disminuyan la presencia de situaciones de alto riesgo y fomenta el desarrollo de un equilibrio entre placeres y deseos, y obligaciones y responsabilidades en la vida del cliente (un equilibrio entre "desear y deber"). En su trabajo más reciente, Marlatt (Marlatt y Donovan, 2005; Witkiewitz y Marlatt, 2004) describió la recaída como "multidimensional y dinámica" (Marlatt y

Donovan, 2005, p. 21), y consideró la influencia en la recaída de factores de riesgo de largo plazo como la historia familiar y los apoyos sociales, así como influencias más próximas. También sugirió la existencia de interacciones recíprocas entre cogniciones, habilidades de afrontamiento, afecto y consumo de alcohol.

Las perspectivas del modelo de enfermedad ven al alcoholismo como una enfermedad crónica progresiva que puede ser frenada pero no curada. El tratamiento con base en el modelo de enfermedad se concentra en ayudar al cliente a reconocer que tiene esta enfermedad, que los únicos medios para frenarla son la abstinencia y un programa permanente de recuperación, y que la participación en Alcohólicos Anónimos u otros grupos de 12 pasos es esencial para mantener con éxito el cambio (p. ej., Slaymaker y Sheehan, 2013).

El modelo presentado en este capítulo es más cercano al modelo de prevención de recaídas, pero los clínicos deben conocer el modelo de enfermedad que está detrás de Alcohólicos Anónimos y reconocer que algunos clientes se interesan por él porque encuentran que el modelo y el programa son útiles y relevantes para ellos.

Resumen

Los principales elementos del modelo de tratamiento tienen implicaciones directas que facilitan el reconocimiento del problema y el ingreso a tratamiento, así como para la planeación y realización del mismo. Si un individuo no ha entrado a tratamiento, existen técnicas para ayudarlo a reconocer que su forma de beber es problemática y que necesita un cambio. En el caso del cliente que busca tratamiento por su consumo de alcohol, el terapeuta debe tomar decisiones sobre el escenario más adecuado para brindar el tratamiento y elegir las modalidades terapéuticas apropiadas para él. El terapeuta debe ajustar sus técnicas a las necesidades del cliente en relación con el consumo y otros problemas en su vida, además de considerar el contexto social en que ocurre el consumo y el contexto social para el cambio. Debe estar al tanto de los aspectos sutiles y no específicos de ofrecer tratamiento a clientes con problemas por su forma de beber y utilizar una actitud terapéutica que mejore su motivación para mantener su compromiso con el proceso de cambio. El terapeuta debe atender a las opiniones del cliente sobre el tratamiento y el cambio, y ofrecerle expectativas precisas de largo plazo sobre los resultados en la conducta de beber. En la tabla 13-2 se presentan los componentes centrales del modelo de tratamiento.

Tabla 13-2. Pasos en el tratamiento
1. Identificación del caso y motivación para iniciar el tratamiento
2. Evaluación
3. Selección del escenario de tratamiento
4. Selección de las modalidades de tratamiento
5. Aumentar y mantener la motivación para cambiar
6. Selección de las metas para el consumo de alcohol
7. Inicio de la abstinencia
8. Desarrollo de un análisis funcional
9. Estrategias iniciales de sobriedad
10. Estrategias de afrontamiento
11. Participación de la pareja o la familia
12. Mantenimiento de largo plazo
13. Manejo de las condiciones de complicación

Identificación del caso e inicio del tratamiento

Antes de discutir las aplicaciones del modelo al tratamiento activo, es importante considerar cómo ayudar a los clientes a ingresar al sistema de tratamiento.

Identificación del caso y screening

Muchos individuos que consumen alcohol no creen tener problemas relacionados con su consumo. Pueden no estar conscientes ni de la naturaleza de alto riesgo de su patrón de consumo ni de las consecuencias negativas que están ocurriendo. Debido a la vergüenza o culpa que experimentan pueden mostrarse renuentes a hablar con otros sobre sus problemas, o percibir que a los profesionales del cuidado de la salud no les interesa o no les preocupa el consumo de alcohol. Algunas de esas dificultades podrían evitarse mediante el planteamiento rutinario de preguntas sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias en escenarios médicos y de salud mental. Esas preguntas deberían formar parte de todas las entrevistas de ingreso a los sistemas de salud debido a la alta prevalencia de los problemas con la bebida entre los individuos que buscan atención médica y de salud mental. La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible exigirá la detección de problemas relacionados con el consumo de alcohol y sustancias en todos los pacientes que sean recibidos en escenarios de atención primaria. Dada la mayor integración de los servicios psicológicos en los centros de atención primaria, los profesionales de la salud mental pueden encabezar la introducción de herramientas apropiadas de detección a esos escenarios.

Se han desarrollado muchos cuestionarios y entrevistas de detección para identificar a clientes con problemas por el consumo de alcohol. Como mínimo, a todos los clientes se les debe preguntar si beben y a los bebedores se les debe hacer preguntas de seguimiento sobre la cantidad y frecuencia de su consumo. El consumo de alcohol debe considerarse excesivo o de alto riesgo si un hombre bebe más de 28 tragos estándar por semana o una mujer bebe más de 21 tragos estándar por semana.[1] La preocupación debe ser mayor si un cliente reporta un consumo excesivo (cinco tragos para los hombres, cuatro para las mujeres) dos o más veces por mes. Las preguntas de seguimiento pueden utilizarse para indagar acerca de las consecuencias subjetivas y objetivas de la bebida. Dos instrumentos útiles de detección son la prueba CAGE (en inglés, las iniciales del acróstico se refieren a la necesidad de disminuir el consumo, los sentimientos de enojo y culpa, y al consumo de alcohol por la mañana; Mayfield, McLeod y Hall, 1974; tabla 13-3) y la Prueba de Identificación de Trastornos por el Consumo de Alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test, [AUDIT]; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant, 1993). Dos respuestas afirmativas a la prueba CAGE sugieren una alta probabilidad de un trastorno por consumo de alcohol, pero incluso una respuesta afirmativa amerita una indagación clínica más profunda. La prueba AUDIT incluye enfoques tanto directos

como sutiles a la detección de problemas relacionados con el alcohol, por lo que puede resultar útil en el caso de clientes renuentes a aceptar que tienen problemas con la bebida. En la tabla 13-3 se reproducen las preguntas de ambos instrumentos.

Tabla 13-3. Preguntas para detectar problemas relacionados con el consumo de alcohol

CAGE*a*
1. ¿Alguna vez ha sentido que debe disminuir su consumo de alcohol?
2. ¿Le ha molestado que la gente le haga comentarios sobre su forma de beber?
3. ¿Se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?
4. ¿Alguna vez ha necesitado beber un trago por la mañana?
Prueba de Identificación de Trastornos por el Consumo de Alcohol (AUDIT)[b] Las siguientes 10 preguntas se refieren a su consumo de alcohol *durante los 12 meses pasados*
1. ¿Qué tan a menudo consume bebidas alcohólicas? 0) Nunca [Salte a las preguntas 9 y 10] 1) Una o menos veces al mes 2) 2 a 4 veces al mes 3) 2 a 3 veces a la semana 4) 4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántos tragos consume en un día típico en que está bebiendo? 0) 1 o 2 1) 3 o 4 2) 5 o 6 3) 7, 8 o 9 4) 10 o más
3. ¿Qué tan a menudo bebe siete o más tragos en una ocasión? 0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Una vez al mes 3) Una vez a la semana 4) A diario o casi a diario
4. En el curso del año pasado ¿con qué frecuencia encontró que no podía dejar de beber una vez que había empezado a hacerlo? 0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Una vez al mes 3) Una vez a la semana 4) A diario o casi a diario

5. En el curso del año pasado ¿con que frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba que hiciera por su manera de beber?
0) Nunca
1) Menos de una vez al mes
2) Una vez al mes
3) Una vez a la semana
4) A diario o casi a diario

6. En el curso del año pasado, ¿con qué frecuencia necesitó beber por la mañana para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
0) Nunca
1) Menos de una vez al mes
2) Una vez al mes
3) Una vez a la semana
4) A diario o casi a diario

7. En el curso del año pasado, ¿con qué frecuencia tuvo un sentimiento de culpa o remordimiento después de beber?
0) Nunca
1) Menos de una vez al mes
2) Una vez al mes
3) Una vez a la semana
4) A diario o casi a diario

8. En el curso del año pasado, ¿con qué frecuencia no pudo recordar lo que había sucedido la noche anterior porque estuvo bebiendo?
0) Nunca
1) Menos de una vez al mes
2) Una vez al mes
3) Una vez a la semana
4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguien más han resultado lesionados por su forma de beber?
0) No
1) Sí, pero no el año pasado
2) Sí, durante el año pasado

10. ¿Algún familiar, amigo, o un médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por su forma de beber o le ha sugerido que deje de hacerlo?
0) No
1) Sí, pero no el año pasado
2) Sí, durante el año pasado

a Tomado de Mayfield, McLeod y Hall (1974)
b Tomado de *http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf*. Copyright de World Health Association. Reproducido con autorización. En esta fuente está disponible la calificación completa.

Motivar a un bebedor para que ingrese a tratamiento

El desafío inicial del clínico es estimular al cliente para que inicie cualquier cambio. Los métodos para motivar a los clientes a iniciar el tratamiento son diversos; un clínico puede hacer uso de las técnicas de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2002), puede involucrar a la familia y a otras personas interesadas en un trabajo colaborativo centrado en el cliente (Miller, Meyers y Tonigan, 1999; Smith y Meyers, 2004), o puede recurrir a enfoques de confrontación como los de una "intervención" (Liepman, 1993). La implementación de principios y técnicas motivacionales es una práctica clínica regular, aunque plantea a los profesionales retos creativos. Tres ejemplos ilustran la aplicación de diferentes aproximaciones para motivar a los clientes para que inicien el tratamiento.

Bill era un químico jubilado con una larga historia de consumo excesivo de alcohol, múltiples fobias y trastorno bipolar. Inicialmente su esposa, Diana, fue quien comentó que su esposo tenía una historia de consumo de 20 años, mismo que se había incrementado desde su jubilación y que ella no sabía que hacer. Los hijos estaban enojados y amenazaban con romper el contacto con él; ella y Bill peleaban a menudo y ella se sentía cada vez más ansiosa y deprimida. Diana había consultado con un consejero certificado en adicciones, quien le dijo que debían preparar una "intervención" -una reunión en que Diana y los hijos confrontarían a Bill por su forma de beber, insistirían en que recibiera tratamiento y lo llevarían directamente a una instalación hospitalaria. Cuando Diana se mostró vacilante el consejero le dijo que ella era codependiente y que propiciaba el consumo de su marido. Ella dejó el consultorio del consejero desalentada, segura de que no quería iniciar una intervención, pero también convencida de la necesidad de hacer algo. Se intentó primero una intervención mínima. Por teléfono se le sugirió que hablara con su marido por la mañana (antes de que empezara a beber) y que le dijera, "Bill, estoy preocupada por tu manera de beber. He hablado con una psicóloga que se especializa en el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol y me dijo que le gustaría verte para una evaluación. Al final de la evaluación nos dará retroalimentación sobre lo que podemos hacer". Se le dijo que no se explayara sobre esta afirmación sino que sólo respondiera a las preguntas de Bill. Si él se negaba, ella debería ponerse en contacto conmigo de nuevo.

Un mes después, Bill se había negado a la petición de Diana y ella se preguntaba qué otra cosa podría hacer. Se sugirió una consulta individual para analizar la forma de modificar sus acciones a fin de motivar a Bill para cambiar. Diana acudió y después de evaluar la historia de consumo de alcohol de su marido y el funcionamiento actual de Diana, se sugirieron tres estrategias conductuales básicas de la terapia familiar unilateral de Thomas (Thomas, Yoshioka y Ager, 1996) y del modelo de reforzamiento comunitario y entrenamiento familiar (MRCEF; Smith y Meyers, 2004). Primero le indicó a Diana que permitiera que Bill bebiera tanto como fuera posible y que dejara que las consecuencias negativas ocurrieran naturalmente.

Segundo, se le alentó para que le diera retroalimentación factual sobre las conductas negativas relacionadas con su manera de beber, pero sólo en los momentos en que estuviera sobrio. La estructura de la retroalimentación era la siguiente: "Bill, me preocupa que haya ocurrido X la noche anterior mientras estabas bebiendo". Tercero, se le animó para que compartiera tiempo con él en actividades positivas cuando no estuviera bebiendo. Dado que irían a Florida durante el invierno, se le sugirió que antes de que regresaran le hiciera de nuevo la petición de que viniera a verme para una evaluación.

Diana llamó en la primavera para hacer una cita para que los dos vinieran para una evaluación. Ambos asistieron. A continuación se presenta la discusión inicial.[2] (En éste y los otros diálogos presentados en este capítulo, la terapeuta es la autora del capítulo).

TERAPEUTA: Me alegra mucho conocerlo. Como sabe, Diana habló conmigo hace algunos meses, por lo que me parece que lo conozco un poco. Entiendo que en principio se mostraba renuente a venir, y me alegra que haya decidido hacerlo. ¿Cómo sucedió eso?

BILL: Bueno, Diana me lo pidió y yo sé que está preocupada, por lo que acepté. Pero sólo acepté venir hoy, no estoy haciendo ningún tipo de compromiso aquí.

TERAPEUTA: Lo entiendo y por supuesto que no intentaremos presionarlo para hacer nada con lo que no se sienta cómodo. Lo que quisiera hacer hoy es entender mejor su forma de beber y los problemas que eso puede estar causando. Al final de esta reunión le ofreceré retroalimentación y podemos revisar algunas opciones para usted, si es que decide que quiere hacer algún cambio. Si le pregunto algo que no quiera responder, dígamelo. ¿Está bien?

Era evidente que Bill se sentía incómodo y alejó tanto como pudo su silla hacia la esquina de mi consultorio. Se sentó lejos de Diana y a menudo miraba al techo o suspiraba cuando ella hablaba. A pesar de su notoria incomodidad, hizo un relato claro de su consumo de alcohol. Había bebido de manera excesiva durante los 25 años anteriores y en cierto punto había bebido una pinta (poco más de medio litro) de whisky Jack Daniels cada tarde. Le habían diagnosticado cáncer de colon alrededor de los 65 años y lo habían tratado quirúrgicamente. Después de la cirugía se había preocupado por su salud e intentó disminuir su consumo de alcohol. Su patrón actual consistía en beber casi todas las noches, de dos a cuatro botellas de cerveza Grolsch y de forma ocasional (aproximadamente dos veces al mes) una pinta de Jack Daniels. No reportó síntomas de abstinencia en los días que no bebía, y al parecer no había secuelas médicas de su forma de beber. Dijo que no sentía que tuviera control sobre su consumo y expresó tristeza por la molestia de Diana. Su amor por ella, evidente en su discurso y comportamiento, fue claramente la razón principal por la que fue a la cita.

Dada la incomodidad de Bill, no se aplicó ningún instrumento de evaluación estandarizada ni se estructuró siquiera la entrevista inicial como con otros clientes. En lugar de ello, se siguió su dirección, comentarios frecuentes que reflejaban las emociones que él expresaba, y en ocasiones se le solicitó a Diana que no interrumpiera para que Bill

pudiera expresarse. En los últimos 15 minutos de la entrevista de una hora, se pasó a la retroalimentación y la discusión.

TERAPEUTA: Me gustaría dejar de hacerle tantas preguntas ahora y ver si podemos hablar sobre posibles opciones. Me alegra que viniera y entiendo que esto no fue fácil para usted. A partir de lo que usted y Diana me dijeron, parece lógico estar preocupado por su forma de beber. La cantidad que está bebiendo supera los niveles recomendados para un consumo seguro y razonable; a usted le preocupan sus propios sentimientos de falta de control, y su forma de beber ha molestado a su familia, lo que le resulta doloroso. ¿Qué piensa de eso?

BILL: Supongo que hablar de todo esto a la vez deja claro que estoy bebiendo demasiado. Pero no quiero dejar de hacerlo. Me gusta la buena cerveza y espero con impaciencia beber una o dos botellas por la noche. Pero no quiero excederme al punto de lastimar a Diana.

TERAPEUTA: ¿Entonces está preocupado y piensa que algún tipo de cambio tiene sentido, pero no está seguro respecto a cuáles deberían ser esos cambios?

BILL: Exactamente.

TERAPEUTA: Me parece que tiene varias opciones. Hacer algún tipo de cambio tiene sentido por los problemas de los que ya hemos hablado. Probablemente la opción más segura sea dejar de beber, ya que si no bebe no tendrá en el futuro problemas de salud relacionados con la bebida, y en cierto sentido eso sería más fácil dado que ahora se encuentra en una rutina de consumo diario. Pero no quiere dejar de hacerlo, por lo que también podríamos trabajar para disminuir su consumo a un nivel que sea más seguro y más saludable, con el que se sientan cómodos Diana y sus hijos. Yo estaría dispuesta a trabajar con usted para tratar de alcanzar esa meta. Por el momento no creo que necesite un tratamiento intensivo en un programa hospitalario, pero pienso que puede serle útil recibir ayuda para hacer algunos cambios. ¿Qué le parece?

BILL: Me sorprende que piense que podría disminuir mi manera de beber. Tengo que pensarlo. Le pediré a Diana que se ponga en contacto con usted.

La discusión continuó también con aportaciones de Diana y la sesión terminó con el único compromiso de pensar en nuestra discusión. Varios días más tarde, Diana llamó para avisar que Bill quería iniciar tratamiento conmigo y programamos una cita.

Dorothy, una viuda de 78 años, maestra jubilada, fue admitida en un hospital local después de sufrir una caída en su departamento. En la admisión su nivel de alcohol en la sangre (NAS) era de 185 mg% y presentaba evidencia de antiguas magulladuras, así como un hombro dislocado y una muñeca rota por la caída. De inmediato se le empezaron a administrar medicamentos para la abstinencia del alcohol y en el segundo día de su hospitalización se llamó a nuestro equipo de consulta en adicciones para atenderla. Cuando llegué a visitar a la paciente, su hijo John se encontraba en el cuarto; con su ayuda pude conocer una larga historia de consumo de alcohol que se remontaba a sus cuarenta y pocos años. Aunque Dorothy había deseado dejar de beber, nunca lo

había logrado por más de unos cuantos días a la vez y jamás recibió ningún tipo de tratamiento para sus problemas con el alcohol. Desde la muerte de su marido, dos años antes, había estado bebiendo cada día una botella de una pinta de licor de zarzamora. Abandonó por completo las actividades sociales con sus amistades, su higiene se había deteriorado y había sufrido múltiples accidentes en su hogar. Dorothy proporcionó esta información con lágrimas en los ojos y expresó estar muy avergonzada por su conducta. John dijo que la casa de su madre era "un desastre" y agregó que se sentía enojado y fastidiado con ella. La historia familiar de Dorothy reveló que muchos de sus familiares tenían dependencia del alcohol, incluyendo a su padre, a dos hermanos y a un tío materno. A pesar de los medicamentos, durante la entrevista exhibió signos visibles de abstinencia del alcohol. Dorothy lloraba y repetía que era una persona "mala y pecadora". Para entrevistarla se empleó un estilo empático, se le preguntó qué le preocupaba, cómo se sentía y se notó su evidente malestar por la situación actual. Posteriormente se le comentó que existían tratamientos que podían ayudar a personas con problemas como los suyos. Su reacción inmediata fue decir que era demasiado mala y que su forma de beber era un pecado. Aunque por lo regular no se apoya que se etiquete a la dependencia del alcohol como una enfermedad, se decidió que ese marco podría ser aceptable y compasivo con ella. Dicho marco parecía plausible y apropiado dada su larga historia de dependencia fisiológica del alcohol y su historia familiar de alcoholismo.

"Dorothy, me queda claro que se siente muy molesta por su forma de beber y por los problemas que eso les ha causado a usted y a su familia. Entiendo que se culpa y que cree que su forma de beber demuestra que es una mala persona. Hay otra forma de pensar sobre ese tema que me gustaría contarle. Puede estar o no de acuerdo conmigo, pero espero que piense en lo que le diga. Algunas personas dicen que el alcoholismo es una enfermedad, y creo que en su caso eso es cierto. Probablemente tenga genes que la hicieron muy vulnerable al alcohol, al parecer su padre, su tío y sus hermanos tenían la misma enfermedad. Sabemos que la vulnerabilidad al alcoholismo puede ser heredada y creo que ese es su caso. Con el tiempo su cuerpo se ha adaptado a su forma de beber, se siente más cómodo con alcohol que sin él. Si intenta dejarlo su cuerpo reacciona de mala manera. El temblor y la náusea que experimenta ahora son señales de que su cuerpo ha quedado enganchado en el alcohol.

"¿Qué significa todo esto? Significa que su cuerpo reacciona al alcohol de manera diferente a la forma en que responden otras personas y que probablemente fue así desde que empezó a beber. El hecho de que tenga un problema con la bebida no es más culpa suya de lo que sería en el caso de un diabético que su cuerpo no pudiera fabricar insulina. La gente no es responsable de las enfermedades que desarrolla, pero sí lo es de tomar las decisiones para atender su enfermedad, obtener ayuda y seguir el consejo de las personas que pueden ayudarla. A excepción de los problemas ocasionados por su forma de beber está sana y obviamente tiene gente que se preocupa por usted. Si acepta recibir ayuda tiene una buena posibilidad de mejorar".

Al principio Dorothy se mostraba escéptica de esta forma de replantear su problema. Sin que lo indicara, cuando su hijo dejó el hospital ese día recogió algunos folletos sobre alcoholismo y se los llevó a su madre para que los leyera. Al día siguiente tenía muchas preguntas sobre esta noción de enfermedad y sobre el tratamiento a las que se le respondió de manera tan factual como fue posible, manteniendo al mismo tiempo la postura de la entrevista motivacional, es decir, no tratar de empujarla al tratamiento sino reflejar su interés y preocupación.

Para la tercera visita aceptó entrar a un programa de tratamiento. Ingresó a un programa residencial de rehabilitación de corto plazo, seguido de terapia grupal ambulatoria de largo plazo. Empezó como voluntaria en el hospital y se mantuvo sobria y en tareas de voluntariado hasta que la edad avanzada requirió que se retirara.

Dennis era un dentista de 41 años con una historia de abuso del alcohol, opiáceos de prescripción y benzodiacepinas. El caso de Dennis ilustra la necesidad de un arsenal completo de técnicas clínicas para motivar a individuos para que ingresen a tratamiento. En la época en que Dennis asistió al centro tenía un contrato con la asociación dental estatal para ofrecer servicios de evaluación, motivación, canalización y supervisión para dentistas con problemas relacionados con el alcohol y las drogas. Un viernes al mediodía un médico llamó de la sala de urgencias para ir a ver a Dennis, quien había consumido una sobredosis de medicamentos y fue llevado a la sala de urgencias por el personal de su consultorio. Su condición había sido estabilizada y ahora insistía en dejar el hospital. El médico quería que el programa "hiciera algo". En rápida sucesión se recibieron llamadas del personal del consultorio, de la esposa de Dennis y de otro dentista que fungía como su patrocinador en Alcohólicos Anónimos. Por teléfono contaron una historia espeluznante de abuso de múltiples sustancias, violencia doméstica, citas canceladas a los pacientes, extracciones de los dientes equivocados de un paciente y faltas repetidas a las sesiones de Alcohólicos Anónimos y al tratamiento ambulatorio. Cada persona que llamaba describía a Dennis como un individuo intratable y todas expresaban una preocupación desesperada de que pudiera matarse. Se les solicitó a todos que se reunieran en el hospital.

Cuando su terapeuta llegó al hospital habló primero con Dennis de manera individual. Se encontraba alerta, orientado, beligerante y enojado, y no estaba dispuesto a hablar ni a aceptar ningún tipo de atención. Las mejores habilidades de entrevista motivacional fracasaron por completo con él. Dada la naturaleza crítica de la situación y la gravedad extrema de su trastorno por consumo de sustancias, se utilizó una técnica de mayor confrontación: la intervención (Liepman, 1993). Las intervenciones están diseñadas para confrontar a un cliente resistente y crear un plan de acción forzada. La investigación sugiere que dos terceras partes de las familias no pasarán por una intervención (como en el caso de Diana y Bill), pero que si se decide llevarla a cabo la probabilidad de que el cliente ingrese a tratamiento es muy alta (Miller *et al.,* 1999). Se reunió a todos en el consultorio, a la esposa de Dennis y a su patrocinador de Alcohólicos Anónimos y se les preguntó si estaban dispuestos a sentarse y hablar con Dennis sobre su problema. Se

mostraron aliviados y deseosos de hacerlo. Se resumieron los requisitos básicos de la intervención: (1) la retroalimentación de cada persona debe empezar con una expresión de interés o preocupación; (2) cada uno debe proporcionar retroalimentación conductual concreta relacionada con el consumo de alcohol y drogas de Dennis (p. ej., mencionar la cancelación de sus citas en lugar de decir que era irresponsable); (3) al final de su retroalimentación, cada persona debe repetir la expresión de preocupación y solicitar que Dennis recibiera ayuda. Después todos se sentaron con Dennis y habló cada uno. Dennis empezó a llorar y luego de un largo periodo aceptó que necesitaba ayuda y que seguiría las recomendaciones para su tratamiento.

Evaluación

Una vez que un cliente ha iniciado su tratamiento, el terapeuta debe hacer la evaluación inicial del consumo de alcohol y de otras drogas, así como de problemas en otras áreas de funcionamiento (Donovan, 2013, ofrece una descripción exhaustiva de la evaluación de trastornos por consumo de sustancias; Green, Worden, Menges y McCrady, 2008, ofrecen una evaluación de las propiedades psicométricas de varios instrumentos de evaluación de los trastornos por el consumo de alcohol). Es importante evaluar la motivación y los recursos que lleva el cliente al tratamiento. Si el terapeuta ofrece un tratamiento cognitivo-conductual se requiere la evaluación para un análisis funcional del consumo. Si el cónyuge o pareja u otros miembros de la familia del cliente participan en el tratamiento, debe evaluarse su papel en el consumo así como el funcionamiento general de la relación.

Evaluación del consumo de alcohol

La entrevista clínica se utiliza para evaluar la historia de consumo y las percepciones del cliente sobre su forma actual de beber. En la tabla 13-4 se describen los principales temas que deben cubrirse en la entrevista clínica. Por lo general se usa un alcoholímetro de mano al inicio de cada sesión para medir el nivel actual de alcohol en sangre. Además de la entrevista clínica, dos entrevistas estructuradas (la Entrevista de Seguimiento de la Línea de Tiempo [SLT; Sobell y Sobell, 1995] diseñada para hacer evaluaciones diarias de la conducta de consumo de drogas y alcohol durante un periodo establecido antes del tratamiento; y las secciones de alcohol y drogas de la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV [SCID; Spitzer, Williams, Gibbons y First, 1996]) proporcionan información estandarizada sobre la cantidad, frecuencia, patrón de consumo y otra información necesaria para establecer un diagnóstico formal. Para obtener información sobre la historia, los patrones y las consecuencias del consumo pueden utilizarse entrevistas estructuradas alternativas como la Forma-90 (Tonigan, Miller y Brown, 1997). También pueden emplearse instrumentos de autorreporte para evaluar la gravedad de la dependencia del alcohol (la Escala de Dependencia del Alcohol [EDA]; Skinner y Allen, 1982) y las consecuencias negativas del consumo de alcohol (el Inventario de Consecuencias del Bebedor [ICB] o el Inventario Breve de Problemas [IBP]; Miller, Tonigan y Longabaugh, 1995).

Tabla 13-4. Temas a cubrir en la Entrevista Clínica Inicial (si ambas partes están presentes)
1. Orientación inicial a. Introducción b. Lectura del alcoholímetro de mano c. Cuestionarios breves
2. Evaluación inicial a. Problemas presentados b. Papel del consumo de alcohol o drogas en los problemas presentados c. Otras preocupaciones d. Cómo ha afectado el consumo de alcohol a la pareja e. Cómo ha afectado el consumo de alcohol la relación
3. Evaluación del consumo de alcohol y de drogas a. Paciente identificado i. Cantidad, frecuencia y patrón de consumo ii. Última vez que tomó un trago o consumió droga iii. Duración del problema relacionado con la bebida o las drogas iv. Consecuencias negativas del consumo de alcohol o de drogas v. Síntomas del DSM-5 vi. Evaluación de la necesidad de desintoxicación b. Pareja i. Cantidad, frecuencia y patrón de consumo vii. Última vez que tomó un trago o consumió droga viii. Duración del problema relacionado con la bebida o las drogas ix. Consecuencias negativas del consumo de alcohol o de drogas x. Síntomas del DSM-5 xi. Evaluación de la necesidad de desintoxicación
4. Valoración de otros problemas a. Síntomas psicóticos b. Depresión c. Ansiedad d. Deterioro cognitivo e. Condición de salud
5. Evaluación de la violencia doméstica a. Esta evaluación se hace en privado, a solas con cada miembro de la pareja b. Revisión de las Escalas Tácticas de Conflicto i. Identificación de episodios de agresión física xii. Determinación del nivel de daños o lesiones producidas por la agresión xiii. Evaluación de la sensación individual de seguridad en la terapia de pareja

Evaluación de otras áreas problemáticas

El clínico puede hacer uso de una gran variedad de instrumentos para evaluar otros problemas del paciente. Las evaluaciones pueden ir de entrevistas no estructuradas al uso de listas simples de cotejo de problemas a técnicas formales de entrevista. El Índice de Severidad de la Adicción (ISA; McLellan *et al.,* 1992) es un instrumento de gran uso para evaluar el funcionamiento del cliente en múltiples dominios con subescalas que incluyen las áreas Médica, Psicológica, Familiar y Social, Legal, de Empleo, Alcohol y Drogas. El Índice de Severidad de la Adicción es del dominio público y tanto las instrucciones del instrumento como los programas de calificación pueden descargarse de *http://triweb.tresearch.org/index.php/tools/download-asi-instruments-manuals*. Si bien este instrumento puede aplicarse como entrevista en alrededor de 45 minutos y se dispone también de versiones de entrevista con apoyo de la computadora, no proporciona información diagnóstica de ningún trastorno psicológico, por lo que el clínico debe tener la cautela de usar preguntas formales de diagnóstico para evaluar la posible presencia de otros trastornos psicológicos.

Evaluación de la motivación

La evaluación de la motivación debe considerar (1) las razones por las que el cliente busca tratamiento, prestando atención a los factores externos involucrados en la búsqueda de ayuda; (2) sus metas para el tratamiento; (3) su disposición para cambiar; (4) el grado en que ve consecuencias negativas de su patrón actual de bebida y en que imagina consecuencias positivas del cambio. La entrevista clínica ofrece información sobre las razones para buscar tratamiento y permite evaluar las metas de consumo sea por medio de preguntas directas o mediante el uso de una forma para la elección de una sola meta (figura 13-1). La Regla de Disposición (Hesse, 2006) es una escala simple de 10 puntos en que los clientes pueden indicar su disposición para cambiar. También puede usarse para evaluar el deseo y la confianza del cliente en su capacidad para cambiar. Para medir la etapa de cambio pueden emplearse instrumentos como la Escala de Evaluación de Cambio de la Universidad de Rhode Island (McConnaughy, Prochaska y Velicer, 1983), el Cuestionario de Disposición para Cambiar (Rollnick, Heather, Gold y Hall, 1992), y la Escala de Etapas de Disposición para el Cambio y Deseo de recibir Tratamiento (Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES]; Miller y Tonigan, 1996). La percepción de consecuencias negativas de seguir bebiendo y de consecuencias positivas del cambio también puede evaluarse por medio de la entrevista clínica o mediante la elaboración con el cliente de una Hoja de Balance de Decisiones (Marlatt y Gordon, 1985; vea la figura 13-2).

Nos gustaría conocer la **única META** relacionada con el consumo de alcohol que ha elegido para sí en esta ocasión. Por favor, lea las metas que se presentan abajo y elija **UNA,** la que mejor represente su objetivo en este momento; para ello debe hacer una marca en el recuadro colocado al lado de la meta y llenar los espacios en blanco indicados para ésta.

___ He decidido no cambiar mi patrón de consumo de alcohol

___ He decidido disminuir mi consumo de alcohol y beber de una manera más controlada -tener control

de la frecuencia con que bebo y la cantidad que bebo. Me gustaría limitarme a no más de _____ tragos (cantidad límite superior) por _____ (tiempo).

___ He decidido dejar de beber por completo por cierto tiempo, después del cual tomaré una nueva decisión acerca de si voy a beber de nuevo. En mi caso, el tiempo que quiero dejar de beber es de _____ (tiempo)

___ He decidido dejar de beber de manera regular, pero me gustaría tomar un trago ocasional cuando de verdad sienta la necesidad de hacerlo

___ He decidido dejar de beber de una vez por todas, aunque me doy cuenta de que puedo fallar y beber de vez en cuando

___ He decidido dejar de beber de una vez por todas, abstenerme por completo y no volver a beber alcohol nunca más por el resto de mi vida

___ Ninguna de esas metas se aplica en mi caso. Mi propia meta es _____

Figura 13-1. Cuestionario de elección de una sola meta.

	Ventajas	Desventajas
No beber		
Beber		

Figura 13-2. Hoja de Balance de Decisiones.

Análisis funcional

Para identificar los antecedentes del consumo de alcohol pueden usarse dos técnicas de evaluación. Un instrumento de autorreporte, el Cuestionario de Patrones de Consumo de Alcohol (CPCA; Menges, McCrady, Epstein y Beem, 2008) enumera los posibles antecedentes ambientales, cognitivos, afectivos, interpersonales e intrapersonales del consumo de alcohol o de la necesidad de beber. Se dispone también del Inventario de Situaciones en que se Consume Alcohol (Annis, Graham y Davis, 1987), un instrumento más corto que evalúa las situaciones en que el cliente bebe en exceso. Durante el tratamiento se emplean las tarjetas de autorregistro diario (figura 13-3) para registrar los consumos y la necesidad de beber del cliente. Analizar los sucesos asociados con el consumo o con la necesidad de beber puede ayudar a cliente y clínico a desarrollar una

imagen más clara de los antecedentes y consecuencias del consumo de alcohol. Las tarjetas de autorregistro también permiten al clínico seguir el progreso en términos de la cantidad y frecuencia con que se bebe, así como la frecuencia e intensidad de la necesidad de beber.

Deseos			**Bebidas o Drogas**				
Hora	Fuerza (1 a 7)	¿Desencadenante?	Hora	Tipo	Cantidad	% de alcohol	¿Desencadenante?
Relación de satisfacción 1 2 3 4 5 6 7 Peor que Mejor nunca que nunca							

Figura 13-3. Tarjeta de muestra del registro del cliente

Evaluación de la pareja

Los cuestionarios y tarjetas de autorregistro pueden usarse para evaluar la forma en que la pareja del cliente ha afrontado el consumo. Cada día, la pareja que participa en el tratamiento registra su percepción sobre el consumo y los deseos de beber del cliente en una escala Likert (*Ninguno, Ligero, Moderado* o *Excesivo;* figura 13-4). La pareja también puede responder el Cuestionario de Afrontamiento (Orford, Templeton, Velleman y Copello, 2005) para describir cómo ha intentado enfrentar el consumo, que incluyen formas de afrontamiento comprometido, tolerante-inactivo, y de abandono. También es importante evaluar otros aspectos de la relación de pareja. El Cuestionario de las Áreas de Cambio (CAC; Margolin, Talovic y Weinstein, 1983) y la Escala de Ajuste Diádico (EAD; Spanier, 1976) son excelentes instrumentos de autorreporte de los problemas y satisfacción en la relación. Las Escalas Revisadas de Tácticas de Conflicto (Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996) proporcionan una medida breve del conflicto en la relación, incluyendo la violencia física.

Día	Fecha	Consumo de alcohol	Consumo de drogas	Intensidad del deseo	Relación de satisfacción

		No	B	M	A	No	B	M	A	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
		No	B	M	A	No	B	M	A	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
		No	B	M	A	No	B	M	A	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
		No	B	M	A	No	B	M	A	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
		No	B	M	A	No	B	M	A	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
Nota. Use el reverso de la tarjeta para seguir las conductas que está aprendiendo a cambiar																									

Figura 13-4. Tarjeta de muestra de autorregistro del cónyuge

Selección del escenario del tratamiento

Para determinar el escenario apropiado para iniciar el tratamiento se utiliza la información de la evaluación del consumo de alcohol, las áreas problemáticas concomitantes y la motivación. Igual que en otras áreas de atención de la salud física y mental, debe aplicarse el principio del nivel menos restrictivo de atención al tratamiento de problemas relacionados con el alcohol y las drogas. Históricamente se ha considerado que el tratamiento de elección es la rehabilitación residencial de duración fija (por lo regular de 28 a 30 días). Sin embargo, estudios que han comparado la efectividad de diferentes niveles de atención (p. ej., consulte los trabajos de Fink *et al.,* 1985; Longabaugh *et al.,* 1983; McCrady *et al.,* 1986) han encontrado que la mayoría de los clientes pueden ser tratados de manera eficaz en un escenario ambulatorio y las empresas de seguros médicos por lo general requieren una autorización previa de los episodios de atención. La modalidad predominante es el tratamiento ambulatorio, con una razón aproximada de 10:1 de clientes que reciben tratamiento ambulatorio contra pacientes que reciben tratamiento hospitalario (Roman, 2013).

Tanto el Instituto de Medicina (1990) como Sobell y Sobell (2000) propusieron modelos de atención escalonada para tomar decisiones sobre el nivel de cuidado. El modelo de atención escalonada propone intervenciones breves como aproximación modal inicial que escala a formas más intensivas o extensivas de acuerdo con la respuesta del cliente al tratamiento inicial. Esos modelos son económicamente conservadores y mantienen el principio del nivel menos restrictivo de atención. Sin embargo, un tratamiento muy breve puede no ser útil para algunos clientes con problemas más graves (p. ej., Rychtarik *et al.,* 2000), y estudios que usan los criterios de la Sociedad Americana de Medicina en Adicciones (American Society of Addiction Medicine, ASAM) plantean que los pacientes tienen resultados más pobres si reciben un tratamiento menos intensivo del sugerido por esos criterios (Magura *et al.,* 2003).

En muchos estados se han implementado los modelos de toma de decisiones propuestos para determinar el nivel de atención. La Sociedad Americana de Medicina en

Adicciones (2001) propuso un modelo multidimensional de toma de decisiones para elegir el nivel inicial de cuidado. Los criterios de dicha sociedad consideran la necesidad de abstinencia supervisada, las condiciones médicas que podrían requerir supervisión, condiciones psiquiátricas comórbidas, motivación para cambiar, y grado de aceptación o resistencia al tratamiento, potencial de recaídas y naturaleza del ambiente social del individuo para recomendar un nivel inicial de atención. Esos criterios corresponden con cinco niveles principales de atención, que incluyen intervención temprana, atención ambulatoria, atención ambulatoria intensiva/hospitalización parcial, residencial/hospitalización y tratamiento hospitalario intensivo con manejo médico. La tabla 13-5 resume la aplicación de los criterios principales al nivel de determinación de la atención. Estudios de la Sociedad Americana de Medicina en Adicciones sugieren varios obstáculos al uso de los criterios en la práctica clínica. Por ejemplo, es posible que los individuos indigentes no tengan acceso a instalaciones de tratamiento por carecer de seguro o de dinero para pagar. Además, esos individuos suelen ser colocados en listas de espera porque los programas están saturados. Por otro lado, algunos programas carecen de los servicios adicionales requeridos por la población indigente, como apoyo en cuestiones prácticas (vales para alimentos, alojamiento, desempleo, atención médica, atención de salud mental o tratamiento familiar) (O'Toole *et al.,* 2004). Entre los pacientes que buscan ayuda para problemas relacionados con el alcohol, algunos pueden recibir tratamiento más intensivo a lo sugerido por los criterios de la Sociedad Americana de Medicina en Adicciones porque su seguro médico sólo cubre tratamiento hospitalario, por la presión de la familia para que sean hospitalizados o porque una agencia externa ordenó un nivel específico de cuidado (p. ej., Programa de Asistencia para los Empleados). Los pacientes también pueden recibir un tratamiento menos intensivo al sugerido por los criterios de la Sociedad Americana de Medicina en Adicciones debido a su programa de trabajo o su renuencia a comprometerse a más (Kosanke, Magura, Staines, Foote y DeLuca, 2002). Más adelante se revisan otras consideraciones en la determinación del nivel inicial de atención.

Tabla 13-5. Directrices de la Sociedad Americana de Medicina en Adicciones para la selección de los escenarios del tratamiento

Nivel de atención	**Criterios**
Nivel 0.5 Intervención temprana	• En riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol • Información insuficiente para establecer un diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol
Nivel I Tratamiento ambulatorio	• No existe riesgo de abstinencia importante o convulsiones por abstinencia • No existen problemas médicos o psiquiátricos agudos o crónicos que puedan interferir con el tratamiento • Alguna apertura al cambio • Cierta capacidad para mantener el cambio

	• Apoyo ambiental razonable para el cambio
Nivel II Tratamiento ambulatorio intensivo	• No existe riesgo serio de abstinencia importante o convulsiones por abstinencia • No existen problemas médicos o psiquiátricos agudos o crónicos que puedan interferir con el tratamiento • Cierta renuencia al cambio *o* • Capacidad limitada para mantener el cambio *o* • Apoyo ambiental limitado para el cambio
Nivel III Tratamiento hospitalario intensivo con supervisión médica	• Por lo menos dos: - Riesgo de abstinencia - Cierto nivel de problemas médicos o psiquiátricos agudos o crónicos que podrían ser manejados con supervisión intensiva - Renuencia al cambio - Capacidad limitada para mantener el cambio - Apoyo ambiental limitado para el cambio
Nivel IV Tratamiento hospitalario intensivo con manejo médico	• Riesgo serio de abstinencia importante o de convulsiones por abstinencia o • Problemas médicos o psiquiátricos agudos o crónicos que podrían interferir con el tratamiento

Necesidad de desintoxicación

Si un cliente tiene dependencia física del alcohol experimentará síntomas de abstinencia cuando el consumo disminuya o se detenga. Entre los indicios que sugieren la dependencia física del alcohol están el consumo diario, el consumo regular o intermitente durante el día, y el consumo por la mañana. La dependencia también es sugerida por síntomas como despertar durante la noche con temblores, temblores o náuseas, o por la experimentación de esos síntomas al despertar por la mañana. El cese o una disminución considerable del consumo provocarán la aparición de síntomas menores de abstinencia como temblores, náuseas, vómito, dificultad para dormir, irritabilidad, ansiedad y aumento en la tasa del pulso, presión sanguínea y temperatura. Esos síntomas por lo regular empiezan al cabo de cinco a 12 horas. También pueden ocurrir síntomas de abstinencia más severos (p. ej., convulsiones, delirium o alucinaciones) por lo general en un lapso de 24 a 72 horas después de dejar de beber. Si un cliente no ha consumido alcohol durante varios días antes del contacto clínico inicial, las preocupaciones por la abstinencia del alcohol no son relevantes. Si el cliente dejó de beber en los últimos tres días, es necesario que el clínico indague y observe al cliente para detectar señales de abstinencia. La Evaluación de la Abstinencia del Instituto Clínico (EAIC, Sullivan, Sykora, Schneiderman, Naranjo Sellers, 1989) hace una medición objetiva de los síntomas de abstinencia actuales. Si el cliente sigue bebiendo en la actualidad, el clínico debe basarse en la historia y el patrón de consumo, y en los resultados de los intentos

anteriores para dejar de beber para decidir si se necesitará desintoxicación.

Si el cliente necesita desintoxicación, se dispone de cinco alternativas: desintoxicación médica hospitalaria u hospitalaria parcial, desintoxicación no médica hospitalaria, o desintoxicación médica o no médica ambulatoria.

La desintoxicación hospitalaria con apoyo médico es esencial si el cliente tiene una historia de desorientación, delirium, alucinaciones o convulsiones durante la abstinencia del alcohol, o si en la actualidad muestra señales de desorientación, delirium o alucinaciones. Si el cliente cree que no puede dejar de beber sin que se le aleje físicamente del alcohol pero no muestra señales importantes de abstinencia, tiene buena salud y no abusa de otras drogas, puede ser conveniente hacer la desintoxicación en un escenario social. Si el cliente posee algunos apoyos sociales, entonces la desintoxicación puede iniciar sobre una base hospitalaria parcial o ambulatoria. La elección entre esos dos últimos escenarios es determinada por la cantidad de apoyo que necesitará la persona durante la abstinencia y por la posibilidad de que se necesite un programa estructurado después de la desintoxicación. Si el cliente requiere un programa bastante estructurado, entonces se prefiere el escenario de la hospitalización parcial para la desintoxicación. Si el cliente tiene un trastorno por consumo de alcohol leve a moderado, también puede manejarse un programa para disminuir gradualmente el consumo a lo largo de varias semanas (Cohn *et al.,* 2010).

Problemas médicos

El clínico que esté considerando cuál es el mejor escenario para la desintoxicación debe tener en cuenta la presencia de otros problemas médicos. Una aproximación cautelosa prescribe que cada cliente debe pasar por un examen físico exhaustivo y por pruebas de sangre y orina al inicio del tratamiento. En el primer contacto con el cliente el clínico debe incluir de manera rutinaria preguntas sobre su salud física, y si se advierten afecciones físicas importantes, debe proporcionársele atención médica inmediata. Algunos clientes presentan problemas médicos que requieren hospitalización; de ser así, el tratamiento debe empezar en el hospital.

Historia de tratamiento

Después de haber considerado los problemas de salud, el clínico debe examinar la historia de tratamientos previos del cliente. Las preguntas a considerar incluyen lo siguiente:

1. ¿El cliente ha recibido tratamiento ambulatorio en el pasado y logró detener o disminuir con éxito el consumo? De ser así, puede ser indicado otro intento de tratamiento ambulatorio.
2. ¿El cliente abandonó en el pasado un tratamiento ambulatorio? De ser así, y si no existe indicación de que las variables hayan cambiado en el intermedio, entonces debe considerarse un programa más intensivo de hospitalización parcial o de hospitalización completa.

3. ¿El cliente abandonó o bebió de manera repetida mientras se encontraba en un programa de hospitalización parcial? De ser así, entonces puede estar indicado un tratamiento hospitalario.
4. ¿El cliente recayó inmediatamente después de obtener el alta de un programa hospitalario? De ser así, entonces puede ser conveniente un escenario de hospitalización parcial o ambulatorio porque la recaída puede estar asociada con problemas de generalización del escenario hospitalario al ambiente general. Como alternativa puede considerarse una casa de medio camino para proporcionar un ambiente estructurado de largo plazo.

Intentos anteriores de dejar de beber

Muchos clientes han logrado disminuir o detener su consumo por sí solos en algún momento. Es más probable que el tratamiento ambulatorio tenga éxito con un cliente que en el pasado ha logrado dejar de beber por sí solo que con un cliente sin una historia de cambio exitoso.

Sistemas de apoyo social

Los sistemas de apoyo social son una variable crucial a considerar cuando se decide el escenario apropiado para iniciar el tratamiento. Si un cliente tiene el apoyo de otra persona, y esa persona es percibida como una fuente importante que está dispuesta a ofrecer apoyo y reforzamiento, entonces el cliente es un buen candidato para tratamiento ambulatorio. Si el cliente carece de apoyo social, o si se encuentra en un ambiente que apoya el consumo excesivo, entonces puede ser aconsejable un tratamiento hospitalario o una hospitalización parcial. Como alternativa, una casa de medio camino puede ofrecer un buen escenario de tratamiento para personas que en la actualidad no cuentan con apoyos sociales y que no han logrado desarrollarlos en el pasado, ni siquiera durante los periodos de abstinencia.

Recursos personales

La siguiente área a considerar abarca los recursos psicológicos personales del cliente. ¿Ha logrado establecer metas, cambiar su conducta y completar tareas en otras áreas de su vida? De ser así, es más factible el tratamiento ambulatorio. Otro aspecto de los recursos personales es el funcionamiento cognitivo. Si el cliente muestra déficit cognitivos importantes en memoria, atención, abstracción o solución de problemas, debe considerarse un nivel más elevado de cuidado.

De otro modo, puede experimentar dificultades para retener la información presentada en el tratamiento o para generar formas exitosas de evitar el consumo.

Otros problemas psicológicos

Como se mencionó, es común que las personas con dificultades relacionadas con el alcohol presenten otros problemas psicológicos importantes. El clínico no sólo debe

evaluarlos sino que también debe basar su decisión sobre el nivel de atención en el escenario apropiado para el tratamiento de esos otros problemas. En el caso de un cliente que presenta depresión grave deben evaluarse las tendencias suicidas y adoptarse las precauciones apropiadas.

Actitudes hacia el tratamiento

Aunque se trata de áreas difíciles de evaluar, el compromiso del cliente con el tratamiento y su deseo de cambiar son factores importantes en la elección del nivel de atención. El cliente que es ambivalente pero que está dispuesto a acudir a tratamiento puede responder mejor a un programa más intensivo que ofrezca una densidad mayor de reforzamiento por asistir a tratamiento y hacer cambios. Sin embargo, en ocasiones la ambivalencia hace imposible ofrecer tratamiento en un escenario más intensivo porque el cliente no está dispuesto a modificar su vida en la medida que requiere dicho programa.

Preocupaciones prácticas

Existen diversas cuestiones prácticas que debe considerar el clínico. Aunque en algunos enfoques terapéuticos esos problemas podrían considerarse como evidencia de la "negación" del cliente, se considera a esas cuestiones prácticas como barreras reales para el tratamiento y trabajo con el cliente para superarlas. Algunas barreras prácticas giran alrededor del empleo -si el cliente puede obtener tiempo libre en el trabajo, si el empleo está en riesgo, si el empleador está dispuesto a apoyar el tratamiento o si faltar una vez más al trabajo tendría como resultado la pérdida del empleo-.

Una segunda preocupación tiene que ver con la situación financiera del cliente. ¿Puede solicitar tiempo libre en el trabajo y experimentar una disminución en el ingreso mientras obtiene una incapacidad temporal (en caso de no disponer de tiempo por enfermedad)? Si no es así, es apropiado un tratamiento ambulatorio o un programa de hospitalización parcial que le permita seguir trabajando. Otra preocupación financiera es la capacidad del cliente para pagar el tratamiento.

Otras cuestiones prácticas giran alrededor del transporte y el cuidado de los hijos. ¿Puede el cliente llegar a las citas de consulta externa? ¿Posee licencia de conducir y, si no la tiene, dispone de otro medio de transporte? ¿Cuenta con ayuda para cuidar a sus hijos en caso de que deba ser hospitalizado? De no ser así, puede ser preferible un escenario de tratamiento diurno. El clínico debe considerar una serie de barreras pragmáticas al tratamiento.

Preferencias personales

Finalmente, deben considerarse con cuidado las preferencias del cliente en relación con el tratamiento. Si el cliente tiene deseos intensos de ingresar a un programa de tratamiento hospitalario o residencial, el clínico debe escuchar con atención su solicitud, incluso si la evaluación inicial sugiere la factibilidad del tratamiento ambulatorio. De igual modo, si el cliente desea recibir tratamiento en consulta externa, es posible que el clínico deba

intentarlo, aunque crea que es preferible un tratamiento más intensivo.

Consideraciones generales

En general, la elección del escenario inicial del tratamiento debe considerarse como una decisión tentativa. A menudo puede establecerse un contrato inicial que incluya el escenario preferido por el cliente, pero con la especificación de las circunstancias que exigirían un nivel diferente de atención. Por ejemplo, si el clínico cree que para el cliente resultará sumamente difícil dejar de beber en una condición ambulatoria, pero eso es lo que el cliente desea, entonces un contrato inicial puede involucrar un plan para reducir o terminar el consumo, aprender habilidades que apoyen ese plan, y un límite de tiempo. Si la persona no tiene éxito dentro del marco temporal especificado, entonces se revisa el contrato y se consideran escenarios alternativos. De este modo, aunque la decisión del escenario inicial es trascendental, un paso inicial importante en el proceso de tratamiento es continuar la consideración y discusión de otros escenarios de tratamiento.

Selección de las modalidades de tratamiento

Si un cliente es canalizado para tratamiento hospitalario, residencial o ambulatorio intensivo, éste incluye una mezcla de modalidades de tratamiento. Se dispone de seis modalidades importantes para el tratamiento de problemas relacionados con el alcohol: grupos de autoayuda, terapia individual, terapia de grupo, terapia de pareja, terapia familiar y programas intensivos de tratamiento. En el escenario ambulatorio, el clínico tiene más flexibilidad en la elección de entre esas modalidades de tratamiento.

Grupos de autoayuda

El grupo de autoayuda más utilizado y con mayor facilidad de acceso es el de Alcohólicos Anónimos, que tiene grupos en los 50 estados de EUA y en más de 150 países de todo el mundo. Esta modalidad ofrece una aproximación específica a la recuperación, arraigada en la idea de que el alcoholismo es una enfermedad física, emocional y espiritual que puede detenerse pero no curarse. La recuperación se considera como un proceso permanente que involucra recorrer los 12 pasos de AA y abstenerse del consumo de alcohol (para una descripción detallada de AA, consulte el trabajo de McCrady, Horvath y Delaney, 2003). El único requisito para pertenecer a este grupo es el deseo de dejar de beber y los miembros no tienen que pagar cuotas o unirse a la organización. Las personas que participan en Alcohólicos Anónimos por lo regular asisten a diferentes reuniones, tienen una relación con un "padrino" de esa organización que las ayuda en su recuperación y participan en otras actividades relacionadas con el grupo que van de preparar el café antes de las reuniones a asistir a "compromisos" en que los miembros de un grupo de Alcohólicos Anónimos hablan en otro grupo. La participación más activa está correlacionada con un cambio más exitoso (revisado en McCrady y Tonigan, en prensa).

La investigación sugiere que las personas con mayor probabilidad de afiliarse a

Alcohólicos Anónimos tienen una historia de uso de los apoyos sociales como forma de afrontar los problemas, pierden el control sobre su forma de beber, beben más por ocasión que las personas que no se afilian, experimentan más ansiedad relacionada con su consumo, creen que el alcohol mejora su funcionamiento mental y son más religiosas o espirituales (McCrady y Tonigan, en prensa). Se ha encontrado que el tratamiento ambulatorio para facilitar la participación en Alcohólicos Anónimos (facilitación de los 12 pasos) es tan eficaz como otras formas de terapia ambulatoria en ensayos controlados, y alguna evidencia sugiere que es más probable que los clientes que reciben facilitación de los 12 pasos mantengan una abstinencia total del alcohol que los clientes que reciben tratamientos con una orientación más conductual (Project MATCH Research Group, 1997a). El tratamiento de facilitación de los 12 pasos parece ser particularmente exitoso para individuos con sistemas sociales que apoyan su consumo desmesurado de alcohol (Longabaugh *et al.,* 1998).

En años recientes se han desarrollado grupos alternativos de autoayuda. El Entrenamiento para el Automanejo y la Recuperación (EAMR) es un enfoque de autoayuda que se basa en gran medida en los principios cognitivo-conductuales. Este programa ofrece varios pasos para la recuperación que enfatizan un aspecto central para un cambio exitoso es tener consciencia de las creencias irracionales, de las percepciones que el cliente tiene de sí mismo y de sus expectativas. El Entrenamiento para el Automanejo y la Recuperación sugiere la abstinencia como meta preferida, pero enfatiza la elección personal. Las Organizaciones Seculares para la Sobriedad/Salvarnos a Nosotros Mismos (OSS/SNM) se desarrollaron en gran medida como respuesta a los aspectos espirituales de Alcohólicos Anónimos y no invocan un Poder Superior como parte del proceso de cambio. Mujeres por la Sobriedad, un método de autoayuda para mujeres, enfatiza problemas femeninos como la asertividad, confianza en sí mismas y autonomía como parte del proceso de cambio. El Manejo de la Moderación (2006) se basa en los principios conductuales para cumplir resultados de consumo moderado. Todos esos enfoques alternativos son más compatibles con las aproximaciones conductuales de lo que es Alcohólicos Anónimos, pero ninguno de ellos es tan disponible para los clientes.

Tratamiento individual

La terapia individual se ofrece principalmente en condiciones de consulta externa. Se dispone de pocos datos que orienten la elección de terapia individual o de grupo. Las publicaciones sobre mujeres con alcoholismo están repletas de sugerencias de que las mujeres responden mejor a la terapia individual que a la de grupo, pero esa afirmación carece de apoyo empírico. Afirmaciones similares se aplican al tratamiento de personas mayores que presentan alcoholismo, con una falta similar de apoyo empírico.

Terapia de grupo

En el campo del alcohol existe una fuerte creencia de que la terapia de grupo es preferible a la terapia individual (pero vea los comentarios anteriores en relación con las mujeres y

los adultos mayores). La terapia de grupo es más económica y la interacción entre los integrantes del grupo ofrece oportunidades de modelamiento, retroalimentación y repaso conductual a las que ese tiene menos acceso en el escenario individual. Los modelos conductuales para ofrecer terapia de grupo (Monti, Kaden, Rohsenow, Cooney y Abrams, 2002; Sobell y Sobell, 2011) están bien documentados. Los clientes que pueden funcionar en un escenario grupal y que no requieren atención individual intensiva por otros problemas psicológicos pueden ser asignados a terapia de grupo.

Terapia de pareja

Varios estudios han sugerido que involucrar al cónyuge o pareja en el tratamiento para el alcoholismo incrementa la probabilidad de obtener un resultado positivo (McCrady, Epstein, Cook, Jensen e Hildebrand, 2009; McCrady, Owens y Brovko, 2013). A pesar de la evidencia empírica, los consejeros tradicionales en el campo del alcoholismo prefieren una terapia individual o de grupo sobre la terapia de pareja, lo que enfatiza la importancia de enfocarse más en el cambio personal que en el cambio de la relación.

Se dispone de modelos que integran el tratamiento individual y el de la relación (McCrady y Epstein, 2009). La terapia de pareja es más apropiada para clientes que tienen una relación estable con una persona que no sólo está dispuesta a participar sino también a brindar apoyo en las fases iniciales del tratamiento. Esta forma de terapia es menos apropiada para parejas que han experimentado violencia doméstica grave o en que el compromiso de uno de los integrantes es altamente ambivalente.

También se han desarrollado técnicas para ofrecer tratamiento a las parejas de personas con trastornos por consumo de alcohol cuando el bebedor no busca ayuda. Grupos conductuales que enfatizan las decisiones personales, la comunicación y el establecimiento de límites en relación con el consumo son eficaces para motivar a los individuos a buscar tratamiento o disminuir la conducta de beber (Miller *et al.,* 1999; Sisson y Azrin, 1986; Smith y Meyers, 2004; Thomas, Santa, Bronson y Oyserman, 1987). Al-Anon ofrece una aproximación de autoayuda para las parejas y otros miembros de la familia afectados por el alcoholismo.

Terapia familiar

A pesar del fuerte interés por los trastornos por consumo de alcohol en el campo de la terapia familiar, son pocos los modelos para trabajar con familias enteras en que está presente un trastorno relacionado con el consumo de alcohol. Dentro del área de autoayuda, se cuenta con el programa de Alateen para adolescentes afectados por el alcoholismo de un miembro de la familia y de Alatot para los miembros más jóvenes de la familia.

Programas de tratamiento intensivo

Aunque técnicamente son más un escenario que una modalidad de tratamiento, los programas de tratamiento intensivo tienen un papel tan específico y definido en el

tratamiento del alcoholismo que pueden considerarse como una modalidad de tratamiento. El "modelo Minnesota" (Staymaker y Sheehan, 2012) es una aproximación de tratamiento intensivo que incluye terapia de grupo, educación, participación en grupos de autoayuda y algo de consejo individual. Los programas basados en el modelo Minnesota enfatizan la confrontación de la negación, la aceptación de que uno es un alcohólico que es impotente frente al alcohol, el desarrollo de relaciones cariñosas e interdependientes, y el compromiso con la participación en Alcohólicos Anónimos. Con el tiempo, los programas del modelo Minnesota han incorporado muchas estrategias y técnicas conductuales, como el entrenamiento de relajación y de habilidades sociales, así como técnicas de prevención de recaídas. Los programas del modelo Minnesota han sido promocionados como la aproximación más efectiva al tratamiento del alcoholismo, aunque se carece de datos que apoyen esas afirmaciones. La mayor parte de la investigación sobre esos programas ha involucrado la evaluación de un solo programa de tratamiento, y en todos los casos las evaluaciones se han hecho en centros privados de tratamiento. Las evaluaciones sugieren niveles considerables de abstinencia entre las personas que reciben tratamiento (p. ej., vea los trabajos de Filstead, 1991; Stinchfield y Owen, 1998), pero quienes participaron en esos estudios en general eran pacientes con buen pronóstico, y sin controles apropiados no es posible sacar conclusiones acerca de la relativa eficacia de esos tratamientos en comparación con otros enfoques. Slaymaker y Sheehan (2013) revisaron estudios experimentales y cuasiexperimentales más recientes de tratamientos intensivos con base en el modelo de enfermedad que eran similares a los programas del modelo Minnesota, llegando a la conclusión de que esos estudios apoyaban la eficacia del modelo de tratamiento. Su gran visibilidad los ha convertido en la elección de muchos individuos con alcoholismo y sus familias.

Mejorar y mantener la motivación para cambiar

Una vez que se ha tomado una decisión sobre el nivel de atención y que el cliente ha iniciado el tratamiento, es necesario que el clínico siga enfocado en la motivación para mantenerse en tratamiento y cambiar. Las técnicas para mejorar la motivación incluyen retroalimentación, el uso de técnicas de entrevista motivacional, establecimiento de metas y decisiones mutuas, contratos de tratamiento e infundir esperanza. Tres ejemplos clínicos ilustran algunas de esas técnicas.

Bill (de quien se habló en este capítulo) empezó el tratamiento con muchas dudas. Estaba dispuesto a completar la evaluación estandarizada de su forma de beber, por lo que durante un mes se realizó el Seguimiento de la Línea de Tiempo (SLT) (Sobell y Sobell, 1995), el Inventario de Consecuencias del Bebedor (ICB) (Miller *et al.,* 1995) y una Hoja de Balance de las Decisiones (Marlatt y Gordon, 1985; vea la figura 13-2). Con base en esta información, se le entregó una hoja estandarizada de retroalimentación (figura 13-5) sobre su forma de beber. La hoja presentaba los datos sobre su consumo en comparación con las normas nacionales (Epstein y McCrady, 2009), así como información de su nivel máximo de alcohol en sangre, el nivel de alcohol en sangre usual y las consecuencias negativas de su forma de beber. Bill encontró interesante la

retroalimentación e hizo preguntas sobre el metabolismo del alcohol, encuestas epidemiológicas y sobre los efectos del alcohol en la salud. Aunque su esposa, Diana, estaba algo impaciente con esta conversación, se pensó que el interés de Bill por conocer más sobre el alcohol y sus efectos era un signo positivo.

Para el bebedor

1. Con base en la información que he obtenido durante la evaluación, calcule la cantidad de "tragos estándar" que usted consumió en una semana típica durante el mes pasado:
   Número total de tragos estándar por semana _____
   Número promedio de tragos estándar por día _____

2. Si consideramos a todas las personas que beben alcohol en EUA, ha bebido más que aproximadamente _____ por ciento de la población de mujeres/hombres en el país.

3. También calcule sus niveles más alto y promedio de alcohol en sangre (NAS) durante el mes pasado. El nivel de alcohol en sangre depende de la cantidad de tragos estándar que consume, del tiempo durante el que bebe esa cantidad, de si es hombre o mujer, y de cuánto pese. Entonces,
   Su nivel más elevado de alcohol en sangre calculado en una semana promedio fue de _____
   Su nivel promedio de alcohol en sangre calculado en una semana promedio fue de _____

Esa es una medida de su nivel habitual de intoxicación. En Nueva Jersey, el límite legal de intoxicación es de 80 mg% o mayor.

4. Usted ha experimentado muchas consecuencias negativas por su forma de beber. A continuación se presentan algunas de las más importantes.

_____ _____
_____ _____
_____ _____

Para la pareja

1. Usted ha intentado afrontar de muchas maneras la forma de beber de su esposa/esposo. Las cosas que más ha intentado incluyen:

_____ _____
_____ _____
_____ _____

Para la pareja

1. Existen varias áreas de su relación que les preocupan. Algunas de esas preocupaciones tienen que ver con los dos:

_____ _____
_____ _____
_____ _____

2. Algunas de esas preocupaciones corresponden en su mayor parte al marido:

_____ _____
_____ _____
_____ _____

3. Algunas de esas preocupaciones corresponden en su mayor parte a la esposa:

_____ _____
_____ _____
_____ _____

Figura 13-5. Hoja de retroalimentación sobre el consumo de alcohol para la pareja.

Se analizan las metas para su forma de beber y se sugiere la directriz para los hombres de la guía de Manejo de la Moderación (2006) de no más de 14 tragos a la semana, no beber más de cuatro días por semana y no beber más de cuatro tragos por ocasión. Bill dijo que quería seguir bebiendo todos los días, pero con un límite de tres tragos por día. Diana se mostró agradable y dijo que si él mantenía ese límite estaría "encantada". Aunque Bill eligió una meta más elevada de lo que se esperaba, se aceptó para mantener su compromiso con el tratamiento. Luego se le asignó su primera "tarea": iniciar el autorregistro de consumo de alcohol (figura 13-3). Las tareas asignadas funcionan como un sondeo conductual de su nivel de motivación, por lo que fue gratificante que Bill llegara la siguiente sesión con las tarjetas de autorregistro llenas.

Suzanne era una programadora informática de 39 años a la que se había tratado en terapia ambulatoria como parte de un proyecto de investigación de tratamiento. Suzanne bebía todos los días, por lo general tres copas de vino cada día. En varias ocasiones intentó dejar de beber sin éxito y aunque la cantidad que bebía no era demasiado elevada, sentía que había perdido por completo el control de su consumo. Cuando bebía por las tardes, se preocupaba por su capacidad para mantenerse alerta y estar disponible para sus hijos, sobre todo porque su esposo viajaba con frecuencia por su negocio. Suzanne buscó tratamiento voluntariamente y quería abstenerse por completo de beber. A pesar de ser ella quien buscó el tratamiento y de que había sido ella quien definió la necesidad de abstinencia, su reacción a la misma retroalimentación estructurada fue muy diferente a la de Bill. Suzzane proporcionó información para el Seguimiento de la Línea de Tiempo y había respondido el Cuestionario de Rutgers sobre Consecuencias del Consumo (CCR), pero cuando le tuvo retroalimentación de que había estado bebiendo un promedio de 21.5 tragos por semana, me dijo que esa cifra era demasiado alta y que el instrumento no era muy preciso. También indicó que estaba participando en una investigación, no en terapia, por lo que pensaba que era importante que tuviésemos datos exactos. No se discutió su punto de vista, se aceptó que participaba en una investigación y se esperaba que el estudio le fuera de utilidad. Continuó el tratamiento y varias semanas después comentó espontáneamente, "Sabe, entiendo que estoy en tratamiento y que en realidad lo necesito. Pienso que cuando me enfoqué tanto en la parte de la investigación en realidad estaba protegiendo mi ego".

Anne, una mujer de 32 años, casada, con estudios de licenciatura, trabajaba como mesera en un bar y era madre de Breanne, una niña de 20 meses. Su marido, Charlie, trabajaba tiempo completo y estaba inscrito en un programa de doctorado en ingeniería mecánica. Anne había entrado a tratamiento como parte de un proyecto de investigación sobre tratamientos para mujeres. Bebía de manera cotidiana con un patrón variado de consumo. Durante las tardes, cuando su esposo se encontraba en la escuela, bebía una o dos botellas de vino; cuando él estaba en casa su consumo típico era una copa de vino con la cena. También bebía al final de su turno en el trabajo, llegando a beber de cuatro a seis cervezas en esas tardes. Cuando tuvo retroalimentación sobre su consumo de alcohol, indicando que su nivel de consumo la colocaba en el percentil 90º de las mujeres, sus ojos se llenaron de lágrimas y se mostró visiblemente consternada, diciendo

repetidamente, “Sabía que estaba mal, pero nunca pensé que estuviera tan mal”. A medida que progresaba el tratamiento, Anne hizo pocos cambios en su forma de beber. Cancelaba o cambiaba las citas y en varias ocasiones dijo “Si no le agrado, probablemente lo abandone todo”. Ella continuó:

ANNE: De verdad me gusta beber. Cuando Charlie está en la escuela me preparó una buena cena -Una chuleta de cordero, una ensalada- y abro una excelente botella de vino. Nadie me molesta y disfruto conmigo misma. Pero sé que debo detenerme por Breanne.

TERAPEUTA: (Como parte del protocolo de tratamiento habíamos llenado una matriz de decisión, y sugerí que regresaríamos a ese formato). Anne, veamos de nuevo su matriz de decisión. La llenamos hace algunas semanas. Cuando la ve ahora, ¿qué encuentra?

ANNE: Todo lo que aparece ahí sigue siendo cierto. Esta forma de beber no me deja ser buena madre. Lo dejo una noche y durante el día no tengo energía. Sólo la siento frente a la televisión y mientras mira *Dora la Exploradora* sigo pensando lo que pasara cuando crezca. “¿Querrá tener una madre ebria?”

TERAPEUTA: Parece que esos sentimientos son muy intensos en este momento, pero para usted es muy difícil estar al tanto de ellos cada día. Me pregunto si podría revisar esta hoja cada día en algún momento, ¿cree que eso ayudaría?

ANNE: Eso creo. Puedo mirarla un rato mientras Breanne toma su desayuno. Mi motivación estaría sentada justo frente a mi. Intentaré hacerlo.

Anne empezó a revisar su matriz de decisión cada día. La tarea pareció funcionar por cerca de un mes, ella empezó a disminuir su consumo, se inscribió en un gimnasio y asistía a tratamiento regularmente.

Sin embargo, esos cambios duraron poco y muy pronto regresó a su patrón de asistencia errática al tratamiento y al consumo excesivo de alcohol.

Selección de las metas para el consumo de alcohol

La última área importante a considerar en la planeación del tratamiento es la selección de las metas para el consumo de alcohol. Las aproximaciones tradicionales al tratamiento del alcoholismo consideran que la abstinencia es la única meta apropiada porque el alcoholismo es una enfermedad progresiva que sólo la abstinencia puede detener. Los clínicos conductuales han examinado alternativas a la abstinencia y han desarrollado varias estrategias para enseñar a los clientes a beber con moderación. Aunque se acepta mejor como meta para individuos que beben de manera azarosa o que tienen un trastorno leve por consumo de alcohol, el entrenamiento de la moderación sigue siendo polémico y los clínicos que deciden ofrecerlo son susceptibles a las críticas de la comunidad tradicional que domina en el tratamiento del alcoholismo. Los primeros estudios sugieren que los resultados a largo plazo del alcoholismo incluyen una disminución en el consumo (p. ej., Helzer *et al.,* 1985; Vaillant, 1983), pero los primeros datos sobre el éxito del entrenamiento de la moderación fueron contradictorios. Dos

estudios europeos encontraron que dar a los clientes la oportunidad de elegir las metas del tratamiento aumentaban su cumplimiento y podría mejorar el resultado (Ojehegan y Berglund, 1989; Orford y Keddie, 1986). Dos estudios recientes probaron el entrenamiento para el consumo moderado usando una intervención basada en Internet (Hester, Delaney, Campbell y Handmaker, 2009) o una terapia grupal para mujeres (Walitzer y Connors, 2007), ambos encontraron resultados positivos para el entrenamiento de la moderación en bebedores con poca dependencia, y los resultados para el grupo de mujeres se mantuvieron durante el seguimiento a los 30 meses. En el pasado se argumentó a favor de la abstinencia como meta de tratamiento preferida (vea, p. ej., McCrady, 1992; Nathan y McCrady, 1987) y se sigue considerando que debe serlo en el caso de individuos con trastornos por el consumo de alcohol de moderados a severos. La abstinencia se define con claridad y concuerda con la práctica clínica en EUA. Además, aceptar sin reparos una meta de consumo moderado puede reforzar la opinión del cliente de que el alcohol es importante y necesario para su funcionamiento cotidiano.

En ciertas circunstancias es apropiado establecer una meta de consumo reducido. La moderación puede emplearse como meta provisional para comprometer al cliente en el tratamiento, o puede usarse cuando el cliente no esté de acuerdo con la abstinencia pero quiere ayuda para cambiar (como en el caso de Bill). Una meta de consumo moderado también es más conveniente para un cliente que exhibe pocas señales de dependencia o abstinencia del alcohol, que tiene una historia de haber podido beber con moderación, que no tiene problemas médicos o psicológicos que pudieran exacerbarse si continúa bebiendo, que es joven y que no tiene una historia familiar de alcoholismo (Rosenberg, 1993). Si clínico y cliente eligen una meta de moderación, un periodo de abstinencia inicial por lo general facilita el consumo moderado para el cliente. Al elegir una meta de moderación el clínico debe tener el cuidado de ayudar al cliente a reconocer las consecuencias negativas, actuales y potenciales, del consumo excesivo y a hacer una elección informada y razonada de la meta de tratamiento. El clínico debería considerar que cualquier meta inicial para su consumo (abstinencia o moderación) es tentativa y debe ser reevaluada a medida que la terapia progrese.

Abstinencia inicial

El clínico dispone de diversas alternativas para ayudar al cliente con una meta de abstinencia a iniciarla. Con un cliente cuya meta es la moderación, la aproximación más conservadora es iniciar un periodo de abstinencia y luego reintroducir gradualmente el alcohol. Como se mencionó, se tiene acceso a varias estrategias alternativas de desintoxicación, incluyendo la hospitalaria, la ambulatoria, la repentina (en que el cliente deja de beber abruptamente), o un programa graduado de reducción del consumo durante un periodo de semanas, hasta que el cliente alcanza la abstinencia. El ejemplo de un caso ilustra un programa graduado de reducción del consumo.

Steve, un indigente de 48 años, desempleado, con una larga historia de dependencia de heroína, cocaína y alcohol entró a tratamiento después de una desintoxicación de la

heroína, aunque seguía bebiendo un promedio de ocho tragos al día (por lo general media pinta de algún licor fuerte más una o dos cervezas). Se encontraba sano, no tenía historia de síntomas de abstinencia del alcohol. No podía acceder a ninguna instalación hospitalaria de desintoxicación debido a su indigencia y a su penuria económica. El tratamiento inicial se enfocó en ayudarlo a conseguir alojamiento estable y el acceso temporal a programas de asistencia social. Luego de esas intervenciones sociales, el terapeuta (uno de los estudiantes de residencia) empezó a enfocarse en su forma de beber. Steve expresó una fuerte preferencia por un programa de reducción graduada del consumo. Fue valorado por un médico en una clínica local gratuita y estaba en buenas condiciones médicas. Se le pidió que registrara su consumo durante una semana para establecer una línea base clara; luego se estableció un programa para disminuir su consumo en 15% cada semana, u ocho tragos por semana.

Se revisaron estrategias específicas para alcanzar esta meta cada semana y Steve continuó el registro de su consumo. Durante el periodo de reducción del consumo de alcohol, Steve retomó el contacto con una antigua novia de largo plazo que había terminado la relación cuando él recayó en el consumo de alcohol y heroína. Ella se enteró de que había dejado la heroína y expresó interés por reiniciar su relación con él. Su presencia ofreció un fuerte incentivo para que Steve siguiera el programa de reducción del consumo de alcohol porque ella no estaba al tanto de que había estado bebiendo. El programa progresó sin problemas hasta que Steve dejó de beber después de siete semanas.

Desarrollo de un análisis funcional

Como se describió, realizar una evaluación conductual de los factores asociados con el consumo de un cliente incluye una dimensión estructurada y una cualitativa, e incorpora la entrevista clínica, cuestionarios y autorregistro del consumo y de la necesidad de beber. Suzanne, a quien se describió, ofrece un ejemplo excelente de la complejidad y los resultados del proceso de evaluación conductual.

Suzanne venía de una familia judía grande, cuyos miembros le hacían exigencias. Tenía tres hijas, de 10, ocho y cuatro años de edad. Su consumo había aumentado cinco años antes del tratamiento después de un accidente automovilístico que se cobró la vida de su hermano mellizo. Habían ido juntos a un concierto de Bruce Springsteen y su hermano había bebido varios tragos en el concierto. La autopsia después del accidente reveló que también había estado consumiendo cocaína, pero Suzanne no estaba al tanto de su consumo de drogas. Se culpó por haberle permitido conducir y por no insistir en que se detuvieran cuando empezó a manejar de forma temeraria. Suzanne empezó a beber inmediatamente después del accidente y muy pronto estableció un patrón de consumo diario de media botella de vino al día.

Aunque la cantidad no era grande, dijo que el alcohol era muy importante porque la ayudaba a evitar su tristeza abrumadora por la muerte de su hermano, sobre todo al final del día. Los resultados de la evaluación conductual revelaron un patrón más complejo de antecedentes de la bebida. En el cuestionario de patrones de consumo de alcohol,

Suzanne consideró que los antecedentes emocionales eran los más importantes, avalando sentimientos de tristeza, sufrimiento y frustración. También dijo que ciertos ambientes disparaban su conducta de beber, como ciertos restaurantes, momentos del día (la tarde), y actividades (sobre todo ver televisión). En sus tarjetas de autorregistro surgieron otros desencadenantes importantes como sus interacciones con miembros de su familia extensa y con amigos, y situaciones relacionadas con sus hijas. Sus padres criticaban mucho la forma en que estaba criando a sus hijas. Suzanne y su marido, Josh, asistían a un templo conservador, en su casa sólo se servía comida kosher, no permitían videojuegos violentos y esperaban que sus hijas participaran en una actividad de bellas artes (música, danza o pintura). Sus padres creían que la crianza de sus nietas y los estándares de Suzanne y Josh eran demasiado estrictos y conservadores, y expresaban sus críticas sin tapujos. Otros estresores familiares incluían sus interacciones con una hermana que se estaba divorciando y con una prima que pasaba por aprietos económicos. Cada una de ellas buscaba a Suzanne de manera regular, exigiendo su atención o su dinero. En la figura 13-6 se presenta el análisis funcional de Suzanne.

Figura 13-6. Análisis funcional de Suzanne

Estrategias iniciales para alcanzar la sobriedad

Las estrategias iniciales para alcanzar la sobriedad ayudan al cliente a mantener la abstinencia del alcohol. Las técnicas cognitivo-conductuales varían según el individuo, pero pueden incluir estrategias de control de estímulos para evitar o reorganizar las situaciones de alto riesgo, desarrollar habilidades para enfrentar el deseo intenso de beber, aprender a pensar de manera diferente acerca de beber y de no beber, identificar conductas alternativas a la bebida en situaciones de alto riesgo, desarrollar formas alternativas para obtener los reforzadores obtenidos antes del alcohol, y aprender a rechazar los tragos.

Control de estímulos

Las estrategias de control de estímulo están diseñadas para modificar las señales ambientales para la bebida evitando la señal, reordenándola o estableciendo diferentes respuestas en el mismo ambiente. Las estrategias de control de estímulos son compatibles con la sugerencia de Alcohólicos Anónimos de estar en sintonía con " personas, lugares y cosas". El trabajo con Suzanne ilustra las estrategias de control de estímulos.

Con Suzanne las estrategias de control de estímulos cumplieron una función importante al inicio del tratamiento. Ella desarrolló estrategias específicas para enfrentar una serie de situaciones ambientales de alto riesgo identificadas en su análisis funcional. Su primera aproximación fue evitar esas situaciones siempre que fuera posible. Le sugirió a Josh que comieran sólo en restaurantes sin licencia para vender licores y le pidió que rechazaran varias invitaciones sociales a lugares donde el alcohol sería un foco principal de la velada (p. ej., fiestas de cóctel). La única situación que no podía evitar era el final del día, después de que las niñas se habían ido a la cama. Su rutina usual era lavar los platos de la cena mientras Josh ayudaba a las niñas a prepararse para la cama, luego se sentaba en la sala de estar con su vino y la televisión después de leer un cuento para las niñas. Decidió que necesitaba interrumpir este patrón y pensó que si se preparaba para ir a la cama, y luego se apoltronaba en el colchón con un libro y una taza de té de hierbas, sentiría menos necesidad de beber. Le llevó tres semanas ir a la librería para comprar algunas novelas ligeras, pero una vez que tuvo los libros pudo implementar este plan con éxito, excepto cuando se sentía molesta.

Lidiar con los deseos intensos

A medida que los individuos disminuyen su consumo o inician la abstinencia pueden experimentar la necesidad o el deseo intenso de beber alcohol. Es útil proporcionarles un marco que les permita entender que los deseos intensos son respuestas aprendidas a las situaciones de consumo, y que se calman si no son satisfechos. Marlatt y Gordon (1985) sugirieron el uso de la imaginería para ayudar a los clientes a afrontar esos deseos intensos y describieron una imaginería orientada a la aceptación (p. ej., navegar con el deseo intenso) o una imaginería orientada a la acción (p. ej., atacar el deseo con una espada samurai).

Suzanne luchaba con los deseos intensos de beber, sobre todo cuando algo le recordaba la muerte de su hermano mellizo. Durante la terapia se hizo énfasis en diversos aspectos de sus sentimientos por la muerte de su hermano y abordamos de manera más directa los deseos intensos de beber. Al principio Suzanne tuvo una reacción negativa a las técnicas de imaginería y dijo que no era una persona que imaginara muchas cosas. Era claro que necesitaba algo que le permitiera afrontar esos deseos tan fuertes, por lo que se le presionó un poco para que lo intentara:

TERAPEUTA: Entiendo que no se considera una persona imaginativa, pero quizá yo pueda ayudarla. Sígame la corriente un minuto y veremos si podemos elaborar una imagen que la atrape. No importa de qué imagen se trate, puede imaginar que escala una montaña y que baja por el otro lado, o que rocía el deseo con un extintor.

SUZANNE: *(sonriendo)*. Sé que puedo imaginar. Puedo imaginarla saltando de la botella y sacudiendo la cabeza frente a mí.

TERAPEUTA: Muy bien. ¿Debo parecer mala?

SUZANNE: No, el sólo hecho de tenerla ahí me ayudará a lidiar con eso.

TERAPEUTA: Muy bien, puedo vivir con eso.

SUZANNE: De hecho, podría imaginar una hilera de botellas de vino. Usted saldría de la primera y luego me mostrarías todas las cosas asquerosas que hay en las otras.

TERAPEUTA: ¿Qué serían esas cosas asquerosas? ¿Garrapatas?

SUZANNE: Las garrapatas estarían bien, y quizá también cucarachas.

TERAPEUTA: Vamos a intentarlo.

En este punto se hizo que practicara el uso de la imaginería en una situación imaginaria de deseo intenso. Un hecho notable es que Suzanne usó la imaginería con frecuencia y la encontró de utilidad.

Una segunda técnica para afrontar los deseos intensos es conseguir la ayuda de un familiar o un amigo. A las personas que participan en Alcohólicos Anónimos se les dice que llamen a alguien del programa cuando sientan el deseo intenso de beber, y por lo general reciben números telefónicos de varios miembros. Los clientes que no participan en Alcohólicos Anónimos pueden buscar otras fuentes de apoyo. Por ejemplo, Suzanne le pidió a su esposo que la ayudara cuando sintiera el deseo intenso de beber. Le pidió a Josh que le recordara por qué había dejado de beber y que dijera, “Por supuesto, esa debe ser tu decisión”.

Abordar las distorsiones cognitivas acerca del alcohol

La gente que bebe en exceso tiene expectativas positivas más fuertes sobre los efectos del alcohol que la gente que bebe menos (Pabst, Baumeister y Kraus, 2010). Los clientes pueden creer que beber facilita las interacciones sociales, mejora la respuesta sexual, les permite olvidar sucesos o sentimientos dolorosos, o los vuelve más capaces. Esas

creencias a menudo son muy arraigadas y difíciles de cuestionar, sobre todo si el cliente sigue bebiendo. Varias estrategias cognitivas pueden ayudar. Primero, llevar a cabo un periodo de abstinencia permite al cliente experimentar muchas situaciones sin alcohol, una experiencia que a menudo les permite revalorar la situación con poca participación del terapeuta. En algún punto, muchos clientes quedan impresionados por la naturaleza vacía de la conversación ebria, la apariencia física desagradable, las conductas y olores que acompañan a niveles elevados de alcohol en la sangre, y la naturaleza superficial de las relaciones entre bebedores. El terapeuta sensato atiende con cuidado esas observaciones y subraya su importancia y relevancia para el sí mismo. Si el cliente no tiene esas experiencias de manera espontánea, el terapeuta facilita nuevas visiones del comportamiento del ebrio proponiendo una forma relativamente segura para que el cliente observe la conducta intoxicada -sea por medio de películas o videos, o de visitas a un bar local (acompañado por alguien que esté al tanto de la abstinencia del cliente y la apoye).

Una segunda estrategia reportada en la literatura sobre el cambio impulsado por el individuo (Ludwig, 1985) es la capacidad para ver más allá de los beneficios anticipados a las consecuencias negativas claras, aunque demoradas, de la bebida. El terapeuta y el cliente pueden generar una lista de consecuencias negativas del consumo de alcohol y usar en la sesión el repaso imaginativo para ayudar al cliente a emparejar pensamientos positivos con la lista de los negativos. Luego es importante continuar el repaso en el ambiente natural. Tercero, algunos clientes desarrollan un conjunto de creencias erróneas sobre su forma de beber que los predisponen a ello. Las creencias comunes incluyen “Lo he estado haciendo muy bien, puedo beber sólo esta noche”, o “Sólo tomaré un trago”. Aunque el consumo moderado es posible para algunos clientes, otros tienen historias en que beben hasta perder el control, lo que se opone directamente a la creencia de control, por lo que necesitan aprender a contrarrestar esas creencias.

El trabajo con Steve ofrece un ejemplo sencillo del uso de estrategias cognitivas para abordar las expectativas positivas relacionadas con la bebida. Steve tenía una larga historia de pérdida de control al beber. Después de un periodo de abstinencia empezó a pensar “Podría tomar sólo una cerveza y eso estaría bien”. Su terapeuta cuestionó la exactitud de esa creencia. Steve reconoció de inmediato que nunca había podido controlar su forma de beber en el pasado, que si su novia se enteraba se molestaría mucho y probablemente lo dejaría, y que las recaídas en el consumo excesivo por lo general lo llevaban a usar heroína. Steve y su terapeuta desarrollaron una fórmula cognitiva sencilla que podría usar cuando pensara en beber: “1 = 32 = 10”, lo que significaba que, para él, un trago lo llevaría a un cuarto de licor (32 onzas) que a su vez lo llevaría a usar heroína (10 bolsas al día).

Conductas alternativas o de distracción

Beber es una conducta que se lleva tiempo y los clientes pueden ver pocas alternativas que los ayuden a llenar los momentos que antes dedicaban a beber. La discusión de alternativas conductuales específicas a la bebida que ocupen tiempo y que sean mental o

físicamente absorbentes es otra estrategia útil al inicio del tratamiento.

Las experiencias de Steve ofrecen un ejemplo particularmente bueno de las alternativas que pueden encontrar los clientes altamente motivados. Después de que Steve encontró una habitación en una pensión y que empezó el proceso de desintoxicación, enfrentó la perspectiva sobrecogedora de llenar sus días completamente desestructurados. Parte de su tiempo era ocupado por el trabajo de ser pobre -ir y venir del comedor comunitario, esperar atención médica en una clínica gratuita, obtener una identificación apropiada que le diera acceso a otros programas de caridad, como la distribución de ropa. Pero incluso con esas actividades necesarias, Steve tenía mucho tiempo libre, por lo que empezó a programarse actividades para enfrentar este reto. Obtuvo una credencial de la biblioteca y organizó horarios en que acudiría a la misma. En lugar de hacer lecturas aleatorias o recreativas, decidió leer sobre las Cruzadas, lo que suscitó su interés por el Cristianismo medieval. Como católico no practicante, decidió asistir de nuevo a misa y empezó a hacerlo diariamente, lo que lo llevó a participar en un grupo de estudio de la Biblia y a convertirse en un participante reflexivo y apasionado. Siendo un hombre creativo, Steve empezó luego a escribir relatos cortos sobre temas religiosos.

Identificación de formas alternativas de obtener reforzadores

Entre los aspectos más apremiantes del consumo de alcohol y de drogas están las propiedades psicoactivas de las sustancias. Si bien es cierto que en el corto plazo el consumo de grandes cantidades de alcohol mitiga el afecto negativo, disminuye los pensamientos obsesivos y aminora la tensión muscular, esos efectos no se mantienen en el largo plazo. Las bebidas alcohólicas también poseen sabores distintivos y agradables que es difícil reemplazar con otras bebidas. Un aspecto importante del análisis funcional es la articulación de la percepción del cliente sobre las consecuencias positivas del consumo. El clínico puede abordar de distintas formas el poder de esos reforzadores percibidos; por ejemplo, puede ayudar al cliente a desarrollar medios alternativos para tener acceso a experiencias positivas similares; cuestionar su creencia de que ocurrirán consecuencias deseables (p. ej., objetar la idea de que el cliente en efecto es socialmente más hábil y atractivo después de beber dos pintas de vodka); ayudarlo a revalorar la importancia de esos reforzadores; y, o auxiliarlo en la identificación de otras clases de reforzadores que en el largo plazo fuesen más valorados (p. ej., valorar más la espiritualidad que el hedonismo).

Habilidades para rechazar bebidas

Algunos bebedores encuentran difíciles los aspectos interpersonales de la abstinencia. Para ellos, una parte importante del tratamiento consiste en identificar las situaciones interpersonales como condiciones de alto riesgo para beber, así como desarrollar y repasar respuestas efectivas.

La investigación inicial (Chaney, O'Leary y Marlatt, 1978) sugirió que una respuesta rápida tiene una fuerte asociación con el cambio exitoso. Investigaciones más recientes han encontrado que el entrenamiento para rechazar bebidas hace una contribución

positiva única al resultado del tratamiento (Witkiewitz, Donovan y Hartzler, 2012). Los componentes sugeridos del rechazo efectivo de las bebidas incluyen indicar con claridad que uno no quiere una bebida alcohólica, solicitar una bebida alternativa, comunicar confianza y comodidad con la petición, y ser persistente ante la presión social (Foy, Miller, Eisler y O'Toole, 1976). Además, puede aconsejarse a los clientes que enfrentan una presión social excesiva que consideren evitar a ciertas personas o situaciones sociales.

Aunque las directrices para rechazar los tragos parecen sencillas, dicho proceso suele ser dificultado por las creencias y expectativas del cliente. Las cogniciones comunes incluyen "Todos van a pensar que soy alcohólico", "Mi anfitrión se va a ofender si no bebo" o "Si no bebo las personas van a pensar que creo que soy demasiado bueno para ellas". Igual que con otras creencias distorsionadas, el clínico puede proporcionar una forma alternativa de considerar las situaciones en que se rechaza beber, sugiriendo que a la mayoría de la gente no le interesa lo que otros beban o que a los anfitriones les interesa más que sus invitados se diviertan. Por otro lado, muchos clientes experimentan ambivalencia acerca de no beber y encuentran que la parte más difícil del proceso de negarse a beber es interna más que interpersonal. Otro aspecto complicado del proceso de rechazar una bebida es qué tanta información personal desea divulgar el cliente. La mayoría de la gente comparte niveles diferentes de información personal, dependiendo de la cercanía de la relación y de su conocimiento de la conducta y actitudes de la otra persona. En el caso de las personas a las que un cliente no quiere revelar su problema con la bebida, se alienta el uso de un simple "No gracias" o, si es presionado, una respuesta sencilla que desaliente la presión sin ser reveladora, como "Estoy cuidando mi peso y no puedo permitirme las calorías", "Estoy tomando medicamentos que no me permiten beber", o "Mi estómago me ha estado molestando, mejor paso". Ninguna de esas contestaciones protegen al cliente de ofertas futuras, pero cada una es efectiva en el momento. En el caso de las relaciones más cercanas, el cliente toma la decisión de cuándo, dónde y cuánto revelar. Dos ejemplos clínicos ilustran esos puntos.

Steve estaba viviendo en una pensión y tenía vecinos amistosos y sociables a quienes les gustaba beber en el porche. Esos vecinos eran de las Islas Azores de Portugal y prácticamente no hablaban inglés. Después de aceptarles una cerveza un día, le insistía a su terapeuta que no podía rechazarlos porque no hablaba portugués. El terapeuta le sugirió que quizá la palabra "No", dicha con una sonrisa y un gesto de la mano, podría ser entendida incluso en portugués. Steve reconoció que su dificultad para rechazar la bebida se debía a su deseo de beber y que un "No" amistoso seguramente funcionaría.

Suzanne no quería que nadie supiera que tenía un problema con la bebida o que estaba en abstinencia. Esta actitud supuso problemas por una inminente fiesta de cóctel. Como estrategia, Suzanne decidió que esa noche bebería agua mineral y que tendría siempre en la mano un vaso de agua mineral para tratar de impedir que le ofrecieran un trago. En caso de que le ofrecieran una bebida respondería que había tenido problemas de salud que podrían empeorar si bebía, por lo que prefería seguir con el agua mineral. Aunque le preocupaba que una de sus amigas (una trabajadora social) se percatara de que tenía un

problema de alcoholismo, la noche progresó sin incidentes.

Estrategias de afrontamiento

Los clientes enfrentan retos adicionales a los directamente relacionados con su forma de beber. Igual que los pacientes que no tienen problemas con el alcohol, quienes presentan esos problemas enfrentan dificultades comunes que surgen de pensamientos disfuncionales, afecto negativo y conflictos interpersonales. A medida que los clientes van desarrollando una mayor capacidad para mantener la abstinencia o un consumo moderado, el clínico puede dedicar más atención a esos otros problemas. Las técnicas clínicas para lidiar con los pensamientos disfuncionales o resolver los déficit en habilidades sociales pueden usarse fácilmente con los clientes que presentan problemas relacionados con el alcohol.

Lidiar con el afecto negativo

Las personas que abusan o dependen del alcohol enfrentan múltiples fuentes de afecto negativo. Como se mencionó, la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos es elevada (p. ej., son muy comunes los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo). Las tasas de abuso sexual y físico también son altas entre las personas con trastornos por consumo de alcohol (Cisler *et al.,* 2011), y las secuelas de esos problemas a menudo incluyen un componente afectivo sumamente negativo. Además, es posible que las personas que han consumido alcohol para lidiar con el afecto negativo por un periodo prolongado tengan poca experiencia y pocas habilidades para enfrentar el dolor que forma parte de la vida cotidiana.

Al enfocarse en el afecto negativo es esencial hacer una evaluación cuidadosa de las causas. El afecto negativo intenso asociado con otro trastorno debe ser tratado de acuerdo con la aproximación apropiada para ese trastorno. Lidiar con el afecto negativo que no necesariamente se basa en un trastorno presenta retos diferentes. Se han desarrollado programas conductuales completos para el manejo del estado de ánimo (p. ej., Monti *et al.,* 1990), aunque su descripción está fuera del alcance del capítulo. Sin embargo, ciertos principios comunes son de valor. Cuando los clientes disminuyen su consumo o dejan de beber pueden experimentar emociones tan poco familiares como intensas, por lo que en esos casos puede ser útil una reestructuración cognitiva que los ayude a ver esas emociones intensas como parte natural del proceso de cambio. Para los clientes que buscan una meta de moderación, evitar la bebida en momentos de intenso afecto negativo ofrece la oportunidad de aprender estrategias alternativas de afrontamiento. Dichas estrategias varían según el tipo de emociones negativas e incluyen la relajación, oración o meditación; aumentar la experiencia de sucesos placenteros para disminuir la depresión; o usar las habilidades de manejo de la ira y la asertividad para enfrentar los sentimientos de enojo.

El trabajo con Suzanne ilustra varios de esos principios. Para ella lo más difícil eran las situaciones que le recordaban la muerte de su mellizo. Su cumpleaños, el aniversario de su muerte, la celebración de los días del padre y de la madre, la celebración de las fiestas

y algunos eventos especiales para sus hijas en que él habría tenido una participación importante (p. ej., un bat mitzvah) eran situaciones que provocaban un intenso afecto negativo y un fuerte deseo de beber. Dado que Suzanne había empezado a beber en forma excesiva justo después de la muerte de su mellizo, había dedicado poco tiempo a experimentar el duelo o incluso a hablar de su muerte y de lo que ella sentía al respecto. La aproximación inicial consistió en darle oportunidades de hablar de su hermano en la terapia para exponerla a esos sentimientos negativos. La segunda aproximación fue analizar e identificar formas de aproximarse a los sucesos que se lo recordaban. Asistió por un periodo de seis meses en que surgieron naturalmente varias de esas situaciones. Por ejemplo, en la semana anterior al aniversario de su muerte habló de cómo podría enfocarse en su fallecimiento y sus recuerdos. Suzanne visitó su tumba con una de sus hijas, y juntas la limpiaron y sembraron flores. El sábado del aniversario de su muerte fue al templo con su familia y luego cocinó lo que había sido la cena favorita de su hermano. El día fue doloroso y Suzanne lloró varias veces, pero fue el primer aniversario en que sintió que lo había honrado en lugar de avergonzar su memoria embriagándose. También se usaron técnicas de reestructuración cognitiva para afrontar los pensamientos repetitivos en que se culpaba de su muerte. Le resultó difícil no culparse de la muerte y las estrategias cognitivas no tuvieron mucho impacto en su tendencia a culparse. Finalmente, Suzanne pudo empezar a pensar, "No puedo torturarme para siempre con esta culpa. Si no me libero de ella no seré buena madre. Él se sentiría decepcionado de mi si abandono a mis hijas".

Equilibrio entre el estilo de vida y las actividades placenteras

Marlatt y Donovan (2005) sugieren que el éxito a largo plazo es facilitado por cambios en el estilo de vida que aumenten las experiencias positivas y permitan un equilibrio entre responsabilidades y placer. Aunque algunos estudios de personas que han logrado cambiar por sí solas (p. ej., Vaillant y Milofsky, 1982) han revelado que el desarrollo de una "dependencia alternativa" (p. ej., el involucramiento obsesivo en el trabajo o el ejercicio) se asocia con la abstinencia exitosa a largo plazo, en este caso por lo general se procura alcanzar una aproximación más equilibrada. Conforme empiezan a cambiar, algunos de los clientes creen que deben compensar su irresponsabilidad anterior asumiendo un compromiso muy elevado con la familia, el trabajo y el hogar. No es inusual que emprendan proyectos importantes de redecoración o remodelación, que traten de pasar cada momento libre con sus hijos o que intenten limpiar más de 10 años de desorden en gavetas y gabinetes. Este entusiasmo por la responsabilidad puede ser una espada de dos filos para el cliente y para la familia. Atender de manera constante las responsabilidades puede ser satisfactorio pero al mismo tiempo agotador y poco gratificante, e incluso puede llevar al cliente a cuestionar si valió la pena haber dejado de beber. Los miembros de la familia pueden sentirse emocionados porque el cliente asuma su responsabilidad, pero también recelosos de la estabilidad del cambio y poco dispuestos a ceder las responsabilidades que asumieron por él o ella. También pueden experimentar el entusiasmo del cliente como una intromisión en sus vidas y programas independientes.

Los clientes deben estar preparados para esas reacciones y el clínico puede ayudar a replantear la respuesta de la familia como comprensible. Para la mayoría de los clientes, es importante que el clínico sugiera que es importante que dispongan de tiempo libre, actividades placenteras y autorreforzamiento por los cambios positivos logrados.

Ayudar a Suzanne a identificar media hora diaria en que pudiera relajarse, leer o hacer ejercicio fue un reto. Ella creía que debería dedicarse por completo a sus hijas, lo que resultó en que estuviera prácticamente todo el tiempo con ellas mientras estaban en casa. Cuando estaban en la escuela se concentraba en limpiar la casa, cocinar, hacer mandados, pagar facturas y otras tareas.

Al final del día estaba agotada y tensa y comentó que el alcohol había sido una buena manera de "venirse abajo". Finalmente se acordó un lapso de media hora antes del almuerzo durante el cual podría usar su bicicleta estacionaria, leer un libro de meditaciones diarias o dar un paseo. Sólo tuvo un éxito parcial en esos esfuerzos, citando a menudo otras responsabilidades prioritarias.

Participación de la pareja o la familia y el contexto social del tratamiento

Las publicaciones sobre el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol sugieren que el éxito del tratamiento se asocia con la participación de algún sistema social significativo (revisado en McCrady *et al.,* 2013). Esos hallazgos suponen que la primera inclinación del clínico debería ser involucrar en el tratamiento al cónyuge o pareja o a alguna otra persona allegada al cliente, para lo cual existen varias estrategias: utilizarlas como fuentes de información, hacer que proporcionen reforzamiento diferencial a las conductas de beber y mantener la abstinencia, ayudarlos a proporcionar apoyo emocional o práctico, involucrarlos en el tratamiento enfocado en la relación, ofrecerles tratamiento sin la persona que bebe, y, o ayudarlos a tener acceso a nuevos sistemas sociales.

Información

El folclor sugiere que las personas con alcoholismo minimizan o mienten acerca de su forma de beber y sus consecuencias. Las publicaciones empíricas advierten que dichos individuos proporcionan datos relativamente exactos cuando están sobrios y cuando no existen consecuencias negativas importantes por decir la verdad (p.e j., Sobell y Sobell, 2003). A pesar de esos resultados, diversas consideraciones clínicas indican que puede ser útil obtener información de un miembro de la familia en la fase de evaluación del tratamiento.

Los clientes que son canalizados o a quienes se obliga a entrar en tratamiento pueden mostrarse renuentes a proporcionar información completa sobre su forma de beber. Obtener los datos de quien hizo la canalización ayuda al cliente y al clínico a entender las razones de la misma. Incluso en el caso de los clientes que buscaron por si solos el tratamiento, las personas allegadas pueden proporcionar información a la que no tiene acceso el cliente por problemas con la memoria o el recuerdo. Además, una persona muy cercana por lo general ha observado al bebedor por un periodo muy largo y en diversos ambientes, lo que le permite aportar observaciones valiosas que contribuyan a la

conceptualización de los antecedentes de la bebida.

Respuestas al consumo de alcohol y a la abstinencia

Un tipo diferente de participación del sistema social es el establecimiento de una red que proporcione reforzamiento diferencial por la abstinencia y aplique consecuencias negativas al consumo de alcohol. Dicho reforzamiento puede ser relativamente simple, como comentarios positivos y estímulo de amigos y familiares, o puede involucrar la negociación de contratos detallados que especifiquen las consecuencias de beber y de mantener la abstinencia. La "aproximación del reforzamiento de la comunidad" (ARC; Meyers y Smith, 1995) ayuda a los clientes a tener acceso a reforzadores potenciales (empleos, familias, clubes sociales), enseña a los clientes y a sus parejas habilidades conductuales de afrontamiento y puede implicar la elaboración de contratos de contingencias que hagan frente a la sobriedad la entrega de los reforzadores. También se les puede prescribir disulfiram o naltrexona y pedir a una persona allegada que supervise que el paciente toma el medicamento. Las evaluaciones de la aproximación del reforzamiento de la comunidad sugieren que los clientes tienen significativamente más éxito que los controles para mantener la abstinencia y el empleo, evitar ir al hospital o a la cárcel, y mantener una residencia estable. Además de los tratamientos formales que se enfocan en la manipulación de contingencias ambientales, el terapeuta también puede enseñar a los cónyuges o parejas y a otros familiares cómo permitir que el cliente experimente las consecuencias negativas naturales de beber. Muchos cónyuges o parejas protegen al bebedor de esas consecuencias cubriéndolo en el trabajo, haciendo sus tareas o mintiendo a amigos y familiares respecto con su consumo (p. ej., Orford *et al.,* 2005). La experiencia de esas consecuencias negativas puede aumentar la consciencia del cliente de la extensión y gravedad de su problema con la bebida y aumentar su motivación para cambiar.

Disminuir las señales para beber

Las personas allegadas también pueden involucrarse en conductas que dan pie a un mayor consumo de alcohol. Una esposa que desea que su marido deje de beber puede atosigarlo repetidamente por los problemas que ocasiona su manera de beber, con la esperanza de que sus preocupaciones lo motivarán para cambiar. O un marido puede intentar que su esposa deje de beber limitando su acceso al alcohol o controlando férreamente su dinero. Dichas conductas pueden tener un efecto negativo involuntario, provocar enojo o una actitud defensiva en la persona con el problema con la bebida, y dar lugar a un mayor consumo. Puede ser útil ayudar a los cónyuges o parejas a identificar dichas conductas, reconocer los resultados de esas acciones y encontrar alternativas de discutir las preocupaciones por el consumo de alcohol.

Apoyo de la abstinencia

Las personas allegadas pueden apoyar al cliente de muchas maneras, por ejemplo,

ayudarlo a llevar a cabo el cambio conductual, discutir los deseos intensos de beber, colaborar con sus planes para evitar situaciones de alto riesgo para beber, o (a petición del cliente), apoyarlo en la implementación de otras habilidades de afrontamiento que fomentan la sobriedad.

Cambio en la relación

Para muchos clientes, las interacciones con sus cónyuges o parejas, hijos, padres o amigos cercanos dan pie a la bebida. De ahí que otra forma de involucrar a las personas allegadas sea el tratamiento dirigido a cambiar esas relaciones interpersonales. Esas intervenciones pueden incluir la terapia familiar o de pareja o el entrenamiento de habilidades parentales. Algunos datos (McCrady *et al.,* 2009; McCrady, Stout, Noel, Abrams y Nelson, 1991) sugieren que enfocarse en el cambio de la relación de pareja durante el tratamiento conjunto para el alcoholismo se asocia con mayor estabilidad en los resultados del consumo, menos separaciones y mayor satisfacción de la pareja.

Acceso a nuevos sistemas sociales

Algunos clientes no poseen un sistema de apoyo social o tienen acceso a uno que apoya el consumo excesivo de alcohol. Para ellos es importante contar con nuevos sistemas que refuercen la abstinencia o sean incompatibles con el consumo desmesurado. Los grupos de autoayuda son una fuente potencial de apoyo. Como muchos grupos religiosos están en contra del consumo de alcohol, la participación seria en uno de esos grupos también puede apoyar la abstinencia. Muchas actividades grupales son incompatibles con beber, tal es el caso de los grupos de carreras, caminatas o ciclismo. Por desgracia, el alcohol puede estar involucrado casi en cualquier actividad, por lo que es necesario que cliente y terapeuta revisen con cuidado esos grupos para determinar si sus normas incluyen beber.

En resumen, las decisiones sobre el contexto social del tratamiento del alcoholismo son complicadas. La evaluación inicial debe incluir por lo menos a una persona allegada. Los resultados de la evaluación deben revelar con qué personas puede contarse para participar en el tratamiento y quienes podrían ser fuentes de apoyo y reforzamiento. En el caso de los clientes que no tienen acceso fácil a fuentes de ayuda es necesario desarrollar nuevos sistemas de apoyo.

Mantenimiento a largo plazo

Prevención de recaídas

Tanto el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985) como la versión revisada por Witkiewitz y Marlatt (2004) hacen una exposición exhaustiva de tratamiento; el manual de terapia cognitivo-conductual (TCC) de Epstein y McCrady (2009) presenta ejercicios específicos para prevenir las recaídas en las últimas sesiones de tratamiento. Muchos elementos del modelo de tratamiento para la prevención de recaídas ya fueron descritos -identificar las situaciones de alto riesgo para beber, desarrollar estrategias alternativas para afrontar esas situaciones, mejorar la autoeficacia

para el afrontamiento, lidiar con las expectativas positivas sobre el consumo de alcohol, y facilitar el desarrollo de un estilo de vida equilibrado. Otra parte importante del modelo de prevención de recaídas es abordar la probabilidad de que éstas ocurran y desarrollar estrategias de prevención y respuesta a las mismas.

Se informa a los clientes que no es inusual el consumo de alcohol después de la terapia y dicha probabilidad se aborda en el tratamiento por medio de dos estrategias básicas. Primero, se ayuda al cliente a desarrollar una lista de indicios de una recaída inminente en la que se incluyen señales conductuales, cognitivas, interpersonales y afectivas. Si el cónyuge o pareja del cliente participa en el tratamiento, contribuye a la lista. Una vez que se elaboró se desarrolla un conjunto de posibles respuestas ante esos indicios. Lo más importante es que el clínico reconozca que esas señales de advertencia deben desencadenar la acción más que la inacción y las cogniciones fatalistas sobre la inevitabilidad de la recaída. Un segundo conjunto de estrategias tiene que ver con la respuesta al consumo o al consumo excesivo. Para abordar la factibilidad del efecto de la violación de la abstinencia (EVA) el clínico llama la atención a la posibilidad de que el cliente tenga pensamientos catastróficos si bebe y lo ayuda a repasar pensamientos alternativos. Marlatt y Gordon (1985) también sugieren una serie de pasos conductuales: introducir una demora conductual (una a dos horas) entre un trago inicial y cualquier trago posterior; salir de la situación inmediata en que ocurrió la bebida; realizar un análisis funcional de la situación de la bebida durante ese tiempo; revisar posibles consecuencias negativas de beber; y llamar a alguien que pueda ayudar. Se cuenta con evidencia empírica que apoya el uso de esas aproximaciones a la prevención de recaídas. Por ejemplo, en la investigación (McCrady, Epstein y Hirsch, 1999) se encontró que incluir procedimientos de prevención como parte del tratamiento conjunto del alcoholismo reducía la duración de los episodios de recaída en comparación con la terapia cognitivo-conductual conjunta sin el componente de prevención.

O'Farrell, Choquette y Cutter (1998) incorporaron técnicas de prevención de recaídas a su terapia de pareja, para lo cual ofrecieron sesiones adicionales después de los 12 meses del tratamiento inicial, sus resultados indicaron un consumo menos frecuente entre parejas que recibieron la terapia adicional.

Mantener el contacto con los clientes

Para muchos clientes resulta apropiado y efectivo un tratamiento de tiempo limitado y existe evidencia de que los logros obtenidos luego de un curso de tratamiento ambulatorio pueden mantenerse a largo plazo (Project MATCH Research Group, 1998), aunque los periodos de recaída son comunes. Las estrategias clínicas que he descrito para la prevención de recaídas pretenden minimizar los periodos de consumo problemático y maximizar los resultados positivos. No obstante, para algunos clientes la dependencia del alcohol debe considerarse un trastorno crónico con recaídas (McLellan *et al.,* 2000). Igual que en otros problemas crónicos de salud, como diabetes o artritis reumatoide, los modelos de atención aguda que tratan a los individuos y los dejan solos son inapropiados e ineficientes. Una estrategia alternativa consiste en mantener un contacto de baja

intensidad a largo plazo, durante un tiempo prolongado (McKay *et al.,* 2011).

Durante el tratamiento inicial de un cliente que presenta historia de dependencia severa del alcohol, múltiples episodios de tratamiento y dificultades para mantener el cambio logrado, el clínico puede plantear la conveniencia de mantener alguna forma de contacto a largo plazo.

Lee, un hombre casado de 54 años, llegó a tratamiento con problemas de dependencia del alcohol y agorafobia. El tratamiento se enfocó en ambos trastornos logrando que se volviera abstemio y pudiera aumentar gradualmente las distancias que podía manejar sin compañía. Su casa se encontraba a una hora de camino del consultorio y el tratamiento se había prolongado casi 12 meses antes de que pudiera conducir sin la compañía de su esposa. Para el final del año, nos reuníamos cada dos o tres semanas, y como se había mantenido abstemio durante un año y estaba funcionando bien, se analizó la posibilidad de terminar la terapia. Su respuesta fue esclarecedora:

LEE: Doctora, he estado bebiendo por mucho, mucho tiempo. Por lo que, en comparación, un año es sólo una gota en la cubeta. Creo que necesito seguirla viendo.
TERAPEUTA: Lee, entiendo sus preocupaciones, pero lo ha estado haciendo bien por mucho tiempo. Quizá deberíamos disminuir más la frecuencia de sus visitas. ¿Qué le parece hacer una cita en un mes y hacerla un poco más corta, digamos media hora en lugar de una hora?
LEE: Creo que es una buena idea. Vamos a intentarlo.

Gradualmente se redujo la frecuencia y duración de las sesiones con Lee y se veía dos veces por año, en sesiones de 15 minutos, durante los últimos tres años y medio de su curso de tratamiento de cinco años. Él describió la importancia de las sesiones: "Sé que tendré que verla y contarle lo que he estado haciendo. Eso me mantiene en el buen camino".

Manejo de las situaciones agravantes

Como se describió, los clientes con trastornos por consumo de alcohol pueden presentar muchas situaciones agravantes. El clínico debe evaluar y desarrollar un plan de tratamiento para las múltiples necesidades de esos clientes. Como mínimo, debe considerar posibles problemas relacionados con alojamiento, transporte, ingreso, ocupación o empleo, sistema legal, familia, cuidado de los hijos, condiciones médicas y trastornos psicológicos comórbidos. En el tratamiento de esos clientes con complicaciones es esencial conocer servicios y agencias en la comunidad local así como desarrollar relaciones de trabajo con diversas agencias. Rose, Zweben, Ockert y Baier (2013) proporcionan un marco completo para interrelacionarse con otros sistemas sociales y de salud.

Papel de los grupos de autoayuda

En una sección anterior del capítulo se describieron algunos grupos de autoayuda. En los

casos apropiados, varias estrategias terapéuticas pueden facilitar la participación en alguno de esos grupos, aunque antes es necesario que el clínico evalúe si el cliente es un buen candidato para participar en un grupo de autoayuda. Los clientes con muy elevada ansiedad social o fobia social, quienes creen que una persona debería encargarse sola de los problemas, y quienes tienen una historia de experiencias negativas con los grupos de autoayuda pueden ser malos candidatos. Por el contrario, los clientes afiliativos, quienes están acostumbrados a resolver problemas con la ayuda de otros, los que están particularmente ansiosos y preocupados por su forma de beber, aquellos cuyos sistemas sociales apoyan fuertemente la continuación del consumo excesivo, y quienes presentan una dependencia más grave del alcohol son candidatos particularmente buenos para Alcohólicos Anónimos. A las personas que están interesadas en los aspectos de apoyo social de la autoayuda pero que rechazan explícitamente algunos de los constructos asociados con Alcohólicos Anónimos (p. ej., impotencia o espiritualidad) puede serles más útil la canalización a un grupo alternativo de autoayuda.

Igual que con todos los aspectos de la terapia, el clínico debe emplear un enfoque centrado en el cliente para la introducción de Alcohólicos Anónimos o de otros grupos de autoayuda. Dicho enfoque sugiere un diálogo entre cliente y terapeuta, reconocimiento y discusión de las percepciones y preocupaciones del cliente, y el desarrollo de un plan mutuamente acordado. Dado que muchos clientes tienen ideas erróneas sobre Alcohólicos Anónimos y no están familiarizados con algunas de las organizaciones alternativas, el clínico debe estar preparado para describirlas y responder preguntas. También es útil que tenga en el consultorio algunas publicaciones básicas de cada grupo. En ocasiones se anima a un cliente renuente a asistir a algunas reuniones para que vea de primera mano lo que realmente ocurre. Se negocia un acuerdo de muy corto plazo por un número específico de reuniones durante un tiempo determinado (p. ej., seis reuniones en tres semanas) y se acuerda abandonar la idea si el cliente sigue renuente después de conocer los grupos; en cada sesión de terapia se discuten las experiencias y percepciones del cliente respecto con las reuniones del grupo de autoayuda. También se emplea muestreo conductual con otros aspectos de la terapia. Es común que los clientes no puedan visualizar cómo funciona una estrategia si no la prueban (sea una técnica de relajación, una reunión de Alcohólicos Anónimos o una respuesta asertiva), por lo que se les anima para que se muestren abiertos a nuevas estrategias. En Alcohólicos Anónimos suele decirse a los recién llegados, “Tu mejor pensamiento te trajo aquí”, lo que sugiere que las estrategias de afrontamiento del individuo han sido ineficaces. El muestreo conductual se basa en ese mismo constructo.

Variables del terapeuta

Igual que en cualquier forma de terapia, la relación con el terapeuta y la postura que éste asume con el cliente son importantes. Resultan esenciales la empatía, la escucha activa, la infusión de esperanza, la aplicación flexible de principios y técnicas terapéuticas, y el establecimiento de la sensación de que terapeuta y cliente trabajan hacia metas mutuamente acordadas. La investigación sugiere que en contraste con un estilo de

confrontación, un estilo motivacional empático se asocia con mejores resultados del tratamiento, y que las conductas beligerantes del terapeuta tienden a provocar conductas defensivas y agresivas en el cliente (Miller, Benefield y Tonigan, 1993; Miller y Rollnick, 2002). Difícilmente esas respuestas son propicias para una alianza terapéutica constructiva.

Trabajar con un cliente que tiene un trastorno por consumo de alcohol suele ser difícil debido a su conducta durante el tratamiento y a su historia de conductas relacionadas con la bebida que el terapeuta puede encontrar repugnantes o molestas. El cliente puede mentir o minimizar su bebida durante el tratamiento, y la relación terapéutica se vuelve incluso más complicada si el cónyuge o pareja participa en el tratamiento.

Cuando el tratamiento de un cliente con un problema de bebida incluye al cónyuge o pareja que quiere que el cliente cese o disminuya su consumo, el terapeuta se alía de facto con el cónyuge. La pareja puede tratar de afianzar su alianza con el terapeuta haciendo eco de sus comentarios, expresando enojo por la conducta del cliente, mostrándose beligerante o, en su defecto, mostrando sumisión y permitiendo que el cliente se muestre verbalmente agresivo o dominante.

Ciertas actitudes y conductas del terapeuta parecen contribuir al éxito del tratamiento. En primer lugar está el sentido de empatía con el cliente. El terapeuta debe desarrollar cierta comprensión de la experiencia subjetiva del cliente al entrar a terapia y la dificultad de admitir conductas que en lo personal son vergonzosas y que con frecuencia no tienen aprobación social. También necesita apreciar las increíbles dificultades involucradas en el cambio a largo plazo de la conducta de beber; para desarrollar dicha valoración debe modificar sus patrones de conducta profundamente arraigados asistiendo a reuniones de algún grupo de autoayuda (p. ej., Alcohólicos Anónimos, SMART Recovery) y escuchando con cuidado a los clientes.

Una segunda habilidad importante del terapeuta es la capacidad para distinguir entre la persona y la conducta relacionada con la bebida. El cliente necesita ser capaz de describir acciones relacionadas con su consumo sin sentir el rechazo del terapeuta o que consiente o acepta dicha conducta. Es un equilibrio delicado que debe lograrse, en especial cuando el cliente describe episodios de bebida a manera de broma para ocultar la vergüenza o repulsión por la conducta. La motivación del cliente para cambiar puede mejorar si analiza las conductas negativas relacionadas con la bebida y experimenta el afecto negativo asociado con el hecho de pensar en esas acciones. El terapeuta también debe comunicar al cliente un sentido de esperanza anticipando cambios positivos que podrían estar asociados con cambios en la conducta de beber y enfatizando que el cambio es posible. De este modo, el mensaje implícito para el cliente es:

> "Usted ha hecho muchas cosas cuando está ebrio que le causan aflicción, a usted y a la gente que lo rodea. El hecho de que esté en tratamiento es una declaración de que desea cambiar. Es importante hablar de las cosas que ha hecho cuando bebe porque estar consciente de ellas fortalecerá su deseo de dejar de beber y de hacer esas cosas. Hacer cambios se tomará tiempo y mucho trabajo de su parte, pero creo que tendrá

éxito si se apega al tratamiento".

En otras palabras, el mensaje del terapeuta es positivo respecto al cambio, pero negativo en lo que toca a la conducta relacionada con la bebida.

Una tercera cualidad importante del terapeuta es la integridad. Debido a su incomodidad y a su historia de reforzamiento, para algunos clientes es difícil reportar con honestidad sus episodios de consumo, las tareas no realizadas o sus sentimientos y actitudes relacionadas con el tratamiento. El terapeuta puede reconocer que la honestidad resulta muy difícil porque es probable que en el pasado mentir fuera adaptativo, pero debe dejar claro que parte de la terapia involucra aprender a ser honesto, para lo cual también puede ofrecer un modelo positivo de integridad. No debe ignorar el olor al alcohol en el aliento del cliente y cada semana debe revisar la tarea asignada. Prestar atención a la conducta del cliente le enseña la importancia de mantener el compromiso y aumenta la posibilidad de que cliente y terapeuta puedan identificar los problemas y obstáculos al tratamiento.

El terapeuta también debe establecer expectativas claras acerca de sus responsabilidades, y las del cliente, con la terapia, además de ser capaz de establecer límites apropiados. Debe dejar claro que se espera que el cliente llegue a tiempo a las sesiones programadas, llame en caso de que no pueda asistir, pague el importe de la terapia, llegue sobrio y cumpla las tareas asignadas. También debe dejar claro que él se compromete a llegar puntual a las sesiones, estar razonablemente disponible por teléfono, ofrecer cobertura cuando esté fuera, y proporcionar tratamientos cuya efectividad sea demostrada por evidencia empírica. La claridad respecto a lo que se espera de la conducta del cliente durante la terapia enfatiza que el compromiso del terapeuta con el tratamiento es un proceso serio.

Variables del cliente

Sólo unas cuantas características del cliente son predictores sistemáticos del resultado del tratamiento (Haaga, McCrady y Lebow, 2006). Los clientes que tienen expectativas positivas sobre el tratamiento suelen obtener mejores resultados. Además, los clientes con mayor disposición para cambiar tienen resultados más positivos. Por último, los clientes con problemas más severos sus resultados son más pobres. El terapeuta puede influir tanto en las expectativas del tratamiento como en la disposición para cambiar.

El clínico debe tener consciencia y ser sensible a diversas dificultades que las personas con problemas con la bebida traen al tratamiento. La experiencia emocional del cliente, sus creencias, actitudes y estado físico (descrito en la sección sobre los escenarios del tratamiento), así como el contexto social del consumo (descrito en la sección correspondiente) son aspectos importantes del plan terapéutico.

Una persona tiene diversas reacciones a la comprensión inicial de que su forma de beber está causando problemas. Lo más común es que, a medida que se acumulan las consecuencias negativas, el individuo empieza a sentirse avergonzado y sin control de la conducta; sus acciones pueden ser inaceptables para el concepto que tiene de sí mismo.

De modo que puede sentir una profunda culpa por su irresponsabilidad financiera o laboral, por descuidar a su familia y por involucrarse en violencia física o verbal. La perspectiva de admitir esas acciones ante un desconocido lo atemoriza y avergüenza, lo que hace difícil que hable de los problemas asociados con la bebida. Muchos clientes se culpan porque atribuyen sus problemas a la debilidad o falta de voluntad y creen que si fueran "más fuertes" esos hechos no ocurrirían. Por consiguiente, son inusualmente sensibles a las críticas implícitas del terapeuta. Éste puede atenuar esa dificultad haciendo comentarios empáticos mientras hace preguntas, dejando saber al cliente que sus acciones son comunes entre la gente que bebe en exceso y escuchando con tolerancia la descripción de sus acciones relacionadas con la bebida. Los clientes también tienen distintas creencias y actitudes sobre el alcohol y sobre su capacidad para cambiar que dificultan el cambio. Los individuos con trastornos por consumo de alcohol tienen expectativas positivas sobre los efectos del alcohol en los sentimientos y conductas, y las mantienen con más fuerza que la gente sin problemas con la bebida. Pueden atribuir su consumo a razones externas a sí mismos y creer que no son personalmente responsables de beber o de cambiar. Tienen bajas creencias de autoeficacia acerca de su capacidad para cambiar su forma de beber o respecto con su posibilidad de manejar sin beber situaciones relacionadas con el alcohol, o pueden tener creencias de autoeficacia exageradamente altas que no se sustentan en la realidad.

Por último, si las personas dejan de beber y luego vuelven a consumir alcohol, pueden exhibir disonancia cognitiva; también es posible que experimenten el efecto de la violación de la abstinencia (Marlatt y Gordon, 1985), que se caracteriza por una reacción excesivamente negativa al consumo inicial de alcohol y a la autopercepción de que "arruinaron" su abstinencia e inevitablemente habrán de recaer en el patrón anterior de consumo.

ESTUDIO DE CASO

En las secciones precedentes se presentaron algunos casos para ejemplificar la aplicación de partes del modelo de tratamiento. En esta sección se presenta un caso completo de terapia ambulatoria para ilustrar algunos de los problemas descritos en el contexto de un tratamiento en curso. La pareja formó parte de un proyecto de investigación que evaluaba diferentes aproximaciones al mantenimiento del cambio luego de un tratamiento conductual conjunto para el alcoholismo (McCrady *et al.,* 1999).

Las parejas participantes en el estudio debían estar casadas o haber cohabitado por lo menos seis meses; ninguno de ellos podía tener un problema primario con el consumo de drogas ilícitas o mostrar evidencia de deterioro cognitivo grave o psicosis; sólo el hombre podía mostrar evidencia de abuso o dependencia del alcohol. Todas las parejas fueron atendidas por un terapeuta durante 15 a 17 sesiones de tratamiento semanal ambulatorio, y aceptaron una evaluación de línea base y 18 meses de seguimiento después del tratamiento.

Carl y María estaban casados, ambos tenían 32 años. Llegaron a tratamiento debido al consumo excesivo de Carl. María era de estatura promedio, cabello largo, negro y ondulado y de contextura robusta. Carl era también de estatura promedio, cabello rubio, y aunque era delgado mostraba el inicio de una "barriga de cerveza". Ambos eran pulcros y atractivos. La pareja había estado casada durante cinco años y se conocían desde 12 años antes. Tenían dos hijos de dos y tres años. Ambos provenían de familias intactas, aunque el padre de Carl había muerto varios años antes. La familia de Carl era de origen polaco, la de María era italiana.

En el momento del tratamiento, Carl y María habían estado separados cinco meses. Él vivía en casa de su madre; María rentaba un apartamento de una recámara en una comunidad pobre, donde vivía con los dos niños. María era cosmetóloga entrenada; Carl era electricista, trabajaba fuera del edificio sindical. Carl no trabajaba por el momento porque no quería establecer un patrón de apoyo para María o los niños en caso de que ella solicitara el divorcio. Además, si no trabajaba por cierto tiempo podría retirar su dinero del plan de pensión del sindicato y creía que esa era una forma fácil de obtener dinero. María no trabajaba porque había decidido que Carl tenía que cuidar a los niños mientras ella trabajaba y no confiaba en que llegara a su departamento para encargarse los niños, por lo que dependía del apoyo del programa de Ayuda para Familias con Niños Dependientes (AFND); Carl realizaba trabajos "bajo la mesa". Ambos eran graduados de bachillerato.

La pareja llegó a tratamiento por insistencia de María. Ella estaba muy preocupada por la forma de beber de Carl y mencionó que esa era la razón principal de su separación marital.

Evaluación conductual y conceptualización del caso

En la evaluación de Carl y María se utilizaron varios métodos; su evaluación fue algo más exhaustiva de lo usual en la práctica clínica debido a su participación en el proyecto

de investigación del tratamiento. Sin embargo, los elementos principales de la evaluación también pueden aplicarse a la práctica clínica.

Evaluación del consumo de alcohol

Para evaluar la forma de beber de Carl se realizó una entrevista clínica en que se indagaba sobre su historia de consumo y sus percepciones sobre su forma actual de beber. Al inicio de cada sesión se utilizó un alcoholímetro de mano para evaluar su nivel de alcohol en sangre. Además, para obtener una imagen más completa de su patrón de consumo se usaron dos entrevistas estructuradas, el Seguimiento de la Línea de Tiempo (Sobell y Sobell, 1995) y la sección correspondiente al alcohol de la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta-Módulo de Abuso de Sustancias (EIDC-MAS; Robins *et al.,* 1988). María estuvo presente en todas las entrevistas y aportó información adicional.

El Seguimiento de la Línea de Tiempo indaga sobre la conducta de beber cotidiana en una ventana de tiempo que se define antes del tratamiento. Para este estudio, le preguntamos a Carl sobre su forma de beber en los seis meses anteriores, para inducir su recuerdo del consumo se hizo referencia a sucesos destacados en la vida de la pareja como eventos sociales, citas médicas, fiestas y otras celebraciones. El Seguimiento de la Línea de Tiempo reveló que Carl había consumido alcohol prácticamente todos los días durante los seis meses previos. El único día que se mantuvo abstemio fue cuando él y algunos amigos fueron arrestados por un intento de allanamiento de morada. Sus bebidas preferidas eran cerveza y vodka, y dijo que lo más que había bebido en un día eran alrededor de 32 tragos. Su consumo usual estaba en el rango de 10 a 12 tragos cada día.

Carl cumplió los criterios del DSM-IV (el sistema vigente en el momento de la evaluación) y del DSM-5 para un diagnóstico de dependencia severa del alcohol con dependencia fisiológica. Carl bebía desde el bachillerato y dijo que a los 25 años había enfrentado los primeros problemas como resultado del alcohol. Como consecuencia de su consumo había experimentado diversas problemáticas: tres arrestos por conducir bajo los efectos del alcohol, un arresto por allanamiento de morada, advertencias de los supervisores por trabajar intoxicado, problemas en la relación con su esposa y sentimientos de haber descuidado sus responsabilidades con su esposa e hijos. Había experimentado varias lagunas y reportó muchas señales de dependencia física, incluyendo el hecho de beber por la mañana, una sensación de "pánico" al pensar que no podría beber cuando deseara hacerlo, y beber durante todo el día. Sin embargo, dijo que nunca había experimentado ninguno de los síntomas físicos de la abstinencia del alcohol. Tampoco reportó problemas de salud o emocionales asociados con su forma de beber. Cuando se le preguntó cuáles eran sus metas para el tratamiento, dijo que prefería disminuir su consumo y poder beber con moderación, pero que su esposa insistía en la abstinencia y que estaba dispuesto a trabajar para alcanzar esa meta.

Se utilizaron dos técnicas de evaluación para identificar los antecedentes del consumo excesivo de Carl, el Cuestionario de Patrones de Consumo de Alcohol (CPCA; Menges *et al.,* 2008) y las tarjetas de autorregistro. El primer instrumento se empleó para evaluar

cómo percibían Carl y María los antecedentes de la bebida. Carl respondió al instrumento marcando todos los antecedentes que se aplicaban a su consumo en los seis meses previos, la respuesta de María indicaba sus opiniones sobre dicho consumo. También se les pidió que dijeran cuáles creían que eran los antecedentes de mayor influencia. Ambos percibieron que influencias ambientales como los bares y su casa, las tardes en que no trabajaba, cualquier celebración y estar cerca de personas que bebían eran los antecedentes más importantes para el consumo de Carl; señalaron que un segundo conjunto de señales importantes para la bebida tenían que ver con su relación, Carl mencionó como antecedentes peleas, enojo, sentirse atosigado o pasar un buen momento juntos. La tercera área de preocupación mencionada por Carl y María eran antecedentes fisiológicos, principalmente inquietud y fatiga.

Durante el tratamiento Carl utilizó tarjetas de autorregistro diario en que anotaba sus consumos y los deseos intensos de beber. La revisión de la información registrada y la discusión de los sucesos asociados con la bebida o los deseos intensos dejaron claro que un componente importante del consumo excesivo de Carl era el hecho de estar con amigos bebedores. Las tarjetas de autorregistro también aclararon factores asociados con sus sentimientos de "desasosiego". Cuando Carl y María estaban juntos y los niños se portaban mal, si quería salir o ir a algún sitio se tornaba inquieto e irritable y quería beber para "tranquilizarse". Por último, se hizo evidente que Carl sentía ganas de beber cada vez que María le recordaba algún compromiso que había hecho (incluso algo tan simple como llevar un libro a su departamento), cuando intentaba lograr que se comprometiera con algún curso de acción responsable o cuando se sentía "atrapado".

Se usaron cuestionarios y tarjetas de autorregistro para evaluar la forma en que María afrontaba el consumo de Carl. La mujer registró cada día en una escala Likert (*Ninguno, Ligero, Moderado* o *Excesivo)* sus percepciones del consumo de su marido así como su satisfacción marital. Durante las sesiones de terapia se analizaron sus respuestas, antecedentes y consecuentes, a los episodios de bebida. Además, los dos respondieron a una versión modificada del Cuestionario de Afrontamiento (Orford *et al.,* 2005).

Los datos de esas fuentes de evaluación dejaron claro que María solía cuestionar a Carl por sus acciones, lo amenazaba o le suplicaba que no bebiera. Había reaccionado al consumo de su marido de muchas formas negativas, separándose de él, llamando a la policía y negándose a tener relaciones sexuales con él. Al mismo tiempo, hacía esfuerzos por apoyarlo y alentar su abstinencia haciendo cosas positivas con Carl cuando no bebía, haciendo cosas agradables por él o hablando de las cosas positivas que podrían hacer juntos si él no bebiera.

Relación matrimonial

Para evaluar la relación de la pareja se aplicó el Cuestionario de Áreas de Cambio (CAC; Margolin *et al.,* 1983) y la Escala de Ajuste Diádico (EAD; Spanier, 1976) además de revisar un video en que la pareja discutía un problema en su relación. María tenía serias preocupaciones acerca de su relación. Además del problema de Carl con la bebida, le preocupaba su aparente falta de responsabilidad, como su poca disposición para trabajar,

encargarse de los niños o independizarse de su madre. En general, sentía que no podía confiar en que Carl ofreciera apoyo concreto o emocional. También expresó preocupación por la definición de sus roles; ella sentía que Carl le ordenaba cuál era su papel y que ella se lo permitía, por lo que a menudo se sentía resentida y enojada. Finalmente, mencionó que la madre de Carl era otro problema, la describió como "propiciadora" que rescataba a Carl de sus problemas y no le hacía exigencias. Dijo que cuando ella y Carl empezaban a salir les gustaba beber, trasnochar, montar en motocicleta y pasarla bien, pero creía que era tiempo de "seguir adelante" con sus vidas y "llegar a algún lado".

Carl tenía menos preocupaciones maritales. Le desagradaba que María lo "atosigara" o que discutiera por su manera de beber, y en algún momento dijo "Si tuviera una esposa diferente, no tendría un problema con la bebida". También le disgustaba la "persistencia" de su mujer para discutir los temas a profundidad y su "actitud de cambio" cuando él bebía.

El video de sus interacciones reveló varios problemas de comunicación. Carl y María se interrumpían con frecuencia y no escuchaban los comentarios del otro. Cada uno hacía a menudo comentarios sarcásticos e hirientes sobre el otro, usualmente con una sonrisa y una nota graciosa. María se quejaba de que tenía demasiadas responsabilidades, y Carl la criticaba por no cumplirlas, pero a la vez se negaba a reconocer cualquier responsabilidad propia.

A pesar de esos considerables problemas maritales, disfrutaban de su mutua compañía, compartían muchas actividades y diversiones (p. ej., ir de pesca, ir a parques con los niños) y su relación sexual era muy buena. María dijo sobre su relación "Nos llevamos muy bien cuando no exijo nada".

Formulación conductual

El problema de Carl con el alcohol se desarrolló al parecer en un contexto social y prácticamente todo su consumo ocurría dentro de grupos sociales con patrones similares. El patrón fue reforzado por esas interacciones sociales positivas con sus amigos y (al inicio de su relación) con María. Había desarrollado tolerancia significativa al alcohol, por lo que podía consumir cantidades cada vez más grandes, lo que resultó en un patrón de consumo diario con algunos indicios de dependencia física. Para Carl, el alcohol le proporcionaba varias consecuencias positivas. Disfrutaba el sabor y las sensaciones asociadas con la bebida, el contexto social en que ocurría y las sensaciones de relajación que producía. Aunque había acumulado una serie de consecuencias negativas importantes, ninguna había afectado sus percepciones internas de sí mismo o del alcohol. Desde su punto de vista, las consecuencias negativas le habían sido impuestas por otros (la policía, los supervisores en el trabajo y su esposa). Además, Carl había podido evitar la responsabilidad por sus acciones en muchas áreas de su vida. Cuando no trabajaba, podía vivir con su madre, quien lo protegía de las consecuencias negativas de la falta de empleo ofreciéndole refugio y comida. Cuando su esposa le hacía exigencias que le parecían aversivas, la evitaba o la ignoraba. Hasta cierto punto sus problemas con el

alcohol fueron acentuados por sus diferentes etapas de desarrollo: María estaba lista para avanzar a una etapa más adulta, con mayores responsabilidades y metas a largo plazo. En contraste, Carl quería mantener el estilo de vida y los patrones de conducta de cuando era un veinteañero.

A pesar de las atribuciones externas de sus problemas y de su tendencia a evitar las consecuencias negativas y su responsabilidad, a Carl le importaban su esposa y sus hijos y no quería perderlos. Por consiguiente, aceptó entrar a tratamiento para conservar esos reforzadores deseados pero no forzosamente para hacer los cambios conductuales que su esposa consideraba necesarios para tener un matrimonio exitoso a largo plazo.

A medida que el tratamiento progresaba (vea más adelante), Carl realizó una variedad de maniobras para conservar la relación pero evitar el cambio conductual, conductas que fueron reforzadas por la esposa y, en ocasiones, por la terapeuta. María tenía un repertorio limitado de formas efectivas de obtener reforzadores positivos para sí. Parecía esperar que la mayor parte de sentimientos positivos vinieran de fuentes externas y las únicas conductas verbales que usaba para tratar de obtener lo que deseaba eran regañar y criticar. Reforzaba la conducta de consumo de Carl manteniendo el contacto con él, pero al mismo tiempo se enfrascaba en conductas verbales aversivas. Colocó en Carl la responsabilidad de su felicidad, diciendo que no podía trabajar (algo que disfrutaba mucho) hasta que él dejara de beber y se hiciera más responsable, y tampoco podía bajar de peso hasta que él dejara de beber y ella se sintiera menos molesta.

Como pareja, Carl y María carecían de las habilidades verbales necesarias para hablar de esos problemas. Sus interacciones se caracterizaban por el control aversivo, la evitación de la responsabilidad y la falta de comunicación empática.

Preparar al cliente para el cambio

Carl y María fueron vistos juntos en todas las fases de la evaluación. En la evaluación inicial se les pidió a ambos que describieran cómo percibían el consumo de alcohol de Carl, su relación y la forma en que cada cual había tratado de afrontar dicho consumo. Al ver a la pareja junta comuniqué mi opinión de que la conducta de beber se relacionaba íntimamente con su relación y que era necesario que cada uno examinara su propia conducta a fin de lograr cambios positivos. Al final de la evaluación les ofrecí retroalimentación acerca de las principales dificultades que percibí (según las resumí antes), y los orienté para planear el tratamiento.

Al discutir el plan de tratamiento plantee lo siguiente:

> "Les pedimos que vinieran al tratamiento como pareja. Eso se debe a que la bebida afecta muchas áreas de su vida, incluyendo su matrimonio y su familia. Por lo que María me ha dicho, sé que ha tratado de afrontar la conducta de beber de Carl de muchas formas diferentes, y que en ocasiones se siente frustrada y enojada. Me queda claro que su intención ha sido ayudar, pero parece Carl, que usted se siente resentido cuando María dice algo sobre su forma de beber. Durante el tratamiento revisaremos su consumo de alcohol, la manera en que han intentado afrontarlo y cómo se llevan

como pareja. En este momento están separados y tienen muchas preocupaciones por su relación. Conforme avancemos en la terapia les pediré que intenten nuevas formas de pasar tiempo juntos y de discutir los problemas. La terapia se concentrará en tres temas principales: su manera de beber Carl, la forma en que usted, María, lo ha afrontado y cómo pueden afrontarlo de maneras que funcionen mejor para cada uno de ustedes y para su relación".

Además de esta orientación general, que tanto Carl como María sentían que plasmaba sus metas para el tratamiento, se revisaron con más detalle las metas de Carl respecto con su consumo y se hicieron planes de cómo alcanzarlas. Como se mencionó, la meta que Carl prefería era el consumo moderado. Sin embargo, María prefería que se abstuviera y él aceptó esa meta antes de venir a tratamiento. Como él había estado bebiendo diariamente y mostraba evidencia de tolerancia al alcohol, era preocupante que no fuese capaz de dejar de beber sin ayuda, por lo que se le planteó la posibilidad de que se sometiera a desintoxicación con supervisión médica.

"Carl, me preocupa que le resulte muy difícil dejar de beber por sí solo. Usted bebe todos los días y ha estado bebiendo mucho. En los cuestionarios indicó que le "aterra" pensar que no podrá beber y que por lo general lo hace durante todo el día. Todo eso me sugiere que es posible que esté "enganchado" con el alcohol y que su cuerpo tendrá una fuerte reacción cuando no tenga nada. La forma más sencilla de pasar los primeros días sin alcohol es buscar un programa de desintoxicación en un hospital, y me gustaría que lo considere".

Carl tuvo una reacción muy negativa ante la idea de ser hospitalizado. Tenía miedo de ser "encerrado" y dijo, "Sé que voy a volverme loco. No soporto estar encerrado. Tendría que salir después de 24 horas. No es buena idea". Dado que lo que más interesaba era comprometerlo con el tratamiento, se creyó que no era conveniente tratar de obligarlo a ingresar a un centro de desintoxicación. Estaban seguros de que si se convertía a una hospitalización breve en requisito para continuar el tratamiento, él lo dejaría por completo, por lo que se desarrolló un plan para alcanzar la abstinencia. El plan tenía dos componentes importantes: (1) Carl tendría que llegar sobrio a las sesiones de terapia y su nivel de alcohol en sangre se verificaría por la lectura del alcoholímetro de mano; y (2) Carl establecería metas para disminuir gradualmente su consumo, con una fecha objetivo para la abstinencia de aquí a seis semanas. Si no podía alcanzar ninguna de esas metas, se revaloraría la necesidad de una desintoxicación supervisada. Tanto él como María se mostraron dispuestos a aceptar este acuerdo.

Proceso de tratamiento

El curso del tratamiento se describe en secuencia para dar al lector la imagen más clara posible del progreso y los escollos de un caso típico de terapia. El tratamiento abarcó varias áreas importantes: (1) ayudar a Carl a disminuir su consumo y luego a que dejara

de beber; (2) enseñarle habilidades para mantener la abstinencia; (3) aumentar la percepción de que su manera de beber era problemática; (4) enseñar a María estrategias de afrontamiento más constructivas; (5) enseñar a la pareja cómo involucrarse en interacciones positivas; y (6) enseñar a la pareja técnicas de solución de problemas mutuos. Además, al avanzar el tratamiento nos enfocamos en algunas otras áreas de cambio conductual individual para María.

Ingreso y sesiones 1 y 2

En la sesión inicial de ingreso Carl tenía un nivel de alcohol en sangre de más de 400 mg%. Aunque no mostraba signos evidentes de intoxicación, estaba beligerante y el clínico encargado del ingreso sintió que no podía realizar una entrevista razonable para la admisión. Sugirió que Carl recibiera atención médica porque su nivel de alcohol en sangre era demasiado alto, pero Carl se negó y el clínico reprogramó el ingreso. En la cita reprogramada Carl estaba sobrio y pudo proporcionar información, dar el consentimiento informado para los aspectos de investigación del programa y programar la sesión de obtención de datos para la línea base.

Sin embargo, en la primera sesión de tratamiento Carl volvió a presentar un elevado nivel de alcohol en sangre (120 mg%); dijo que sólo había bebido "un par de cervezas" e insistió en que estaba bien. Discutimos brevemente las preocupaciones y metas de Carl y María, pero sugerí que no podríamos tener una sesión muy productiva con el nivel tan alto de alcohol en sangre que presentaba Carl. (En general, mi política es reprogramar una sesión de tratamiento si el cliente presenta un nivel de alcohol en sangre mayor a 50 mg%). Carl aceptó acudir sobrio a la siguiente sesión y no beber más de cuatro tragos al día. Entregué a la pareja las tarjetas de autorregistro en que les pedí que anotaran cada día los tragos consumidos, los deseos intensos de beber y la satisfacción marital. A Carl se le entregó una tarjeta para cada día y se le pidió que registrara cada trago que en realidad consumiera, que anotara los deseos intensos que no fueron seguidos de la bebida, y que anotara al reverso de la tarjeta las situaciones en que bebió o sintió la necesidad de hacerlo (figura 13-3).

María recibió una tarjeta que usaría durante toda la semana. Le pedí que cada día anotara ahí una estimación de cuánto había bebido su esposo (*Nada, Leve, Moderado* o *Mucho*) y que registrara además una estimación de la fuerza de la necesidad de Carl de beber ese día. También asignó una calificación diaria a su satisfacción marital (figura 13-4).

Cuando Carl y María llegaron a la segunda sesión, el nivel de alcohol en sangre del cliente era de nuevo elevado, dijo que ese día había tomado alrededor de cuatro cervezas. Continuamos la discusión sobre la desintoxicación y Carl dijo que sentía que era adicto al alcohol. Dijo que consideraría la desintoxicación y programamos una conversación telefónica para discutir el tema más a fondo. Después de que hablamos dos veces por teléfono, Carl decidió de nuevo que no quería ser hospitalizado. Durante esas dos primeras semanas no usó las tarjetas de autorregistro, aunque María lo hizo por él mientras se dirigían a la sesión de tratamiento. Yo no creía tener unan imagen clara de la

forma de beber de Carl, aunque si tenía claro que seguiría bebiendo.

Sesiones 3 a 5

Carl llegó a la tercera sesión con un nivel de alcohol en sangre de 0 mg%. Reiteró su deseo de dejar de beber sin ser hospitalizado, y elaboramos un plan para que disminuyera gradualmente a cero la cantidad de tragos que bebía en un periodo de seis semanas. Además de establecer metas de consumo, empezamos a discutir una visión analítico-conductual de su forma de beber. Para exponer a la pareja una forma conductual de pensar en su consumo, les dije:

> "Juntos vamos a observar y analizar con cuidado todos los factores que parecen ser parte de su conducta de beber. Me parece que podemos analizarlos y averiguar qué tipos de situaciones lo llevan a sentir deseos de beber. Si logramos averiguarlo, entonces podremos trabajar juntos para discurrir **alternativas** para esas situaciones. Utilizaremos estas hojas, llamadas hojas de "desencadenantes" para analizar su manera de beber. Revisemos juntos una de ellas".

Luego le pedí a Carl que identificara una situación reciente en que hubiera bebido. Él indicó que le gustaba beber cuando iba de pesca. Mientras hablábamos llené los recuadros en la hoja de "desencadenantes" que se ilustra en la figura 13-7. Carl tenía una visión claramente no psicológica de su forma de beber. Describió que pensaba cosas como "Quiero una cerveza" y que lo que sentía era "felicidad". Consideraba que beber cuando pescaba tenía consecuencias positivas, "la pasé bien". Sentía que las únicas consecuencias negativas provenían de María, quien estaría enojada cuando llegara a casa.

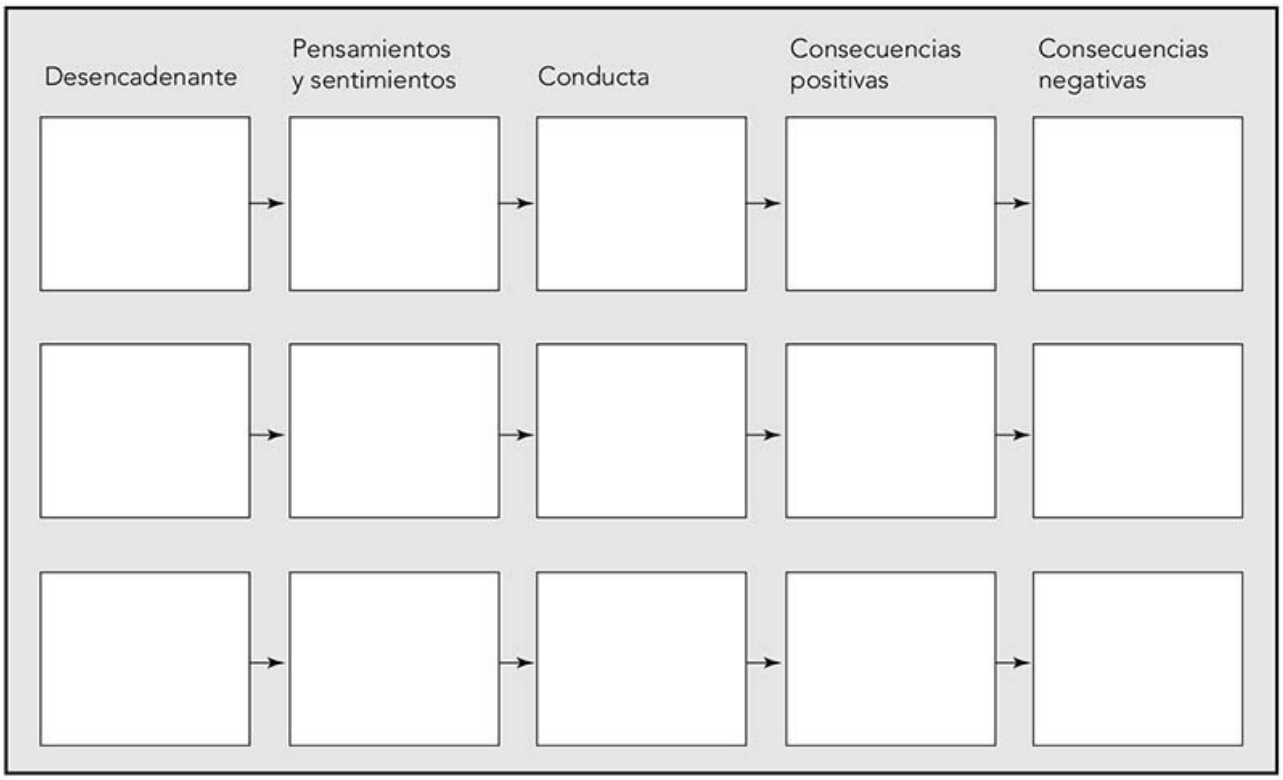


Figura 13.7. Hoja de "desencadenantes"

Carl y María entendieron con rapidez el análisis conductual y encontraron que era una forma cómoda de conceptualizar el consumo de alcohol. Les asigné luego la tarea de responder el Cuestionario de Patrones de Consumo de Alcohol y que lo trajeran a la siguiente sesión de tratamiento. Les entregué nuevas tarjetas de autorregistro para que las usaran en la semana.

Carl llegó a la cuarta sesión sobrio, aunque mencionó que el fin de semana había bebido en exceso. La gráfica de su consumo semanal de alcohol durante el tratamiento se reproduce en la figura 13-8. El promedio de satisfacción marital semanal de la pareja se reproduce en la figura 13-9. Carl no expresó preocupación por continuar con un consumo desmesurado, y no mostró evidencia de que intentara disminuirlo.

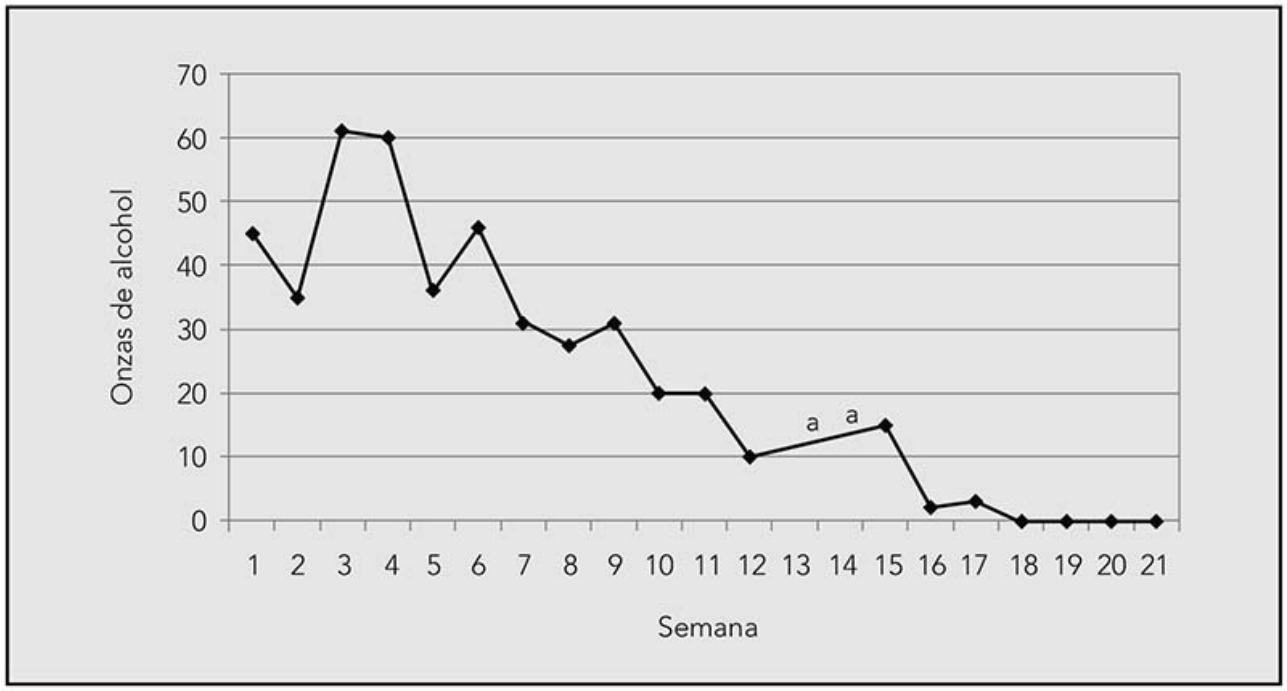


Figura 13-8. Consumo semanal de alcohol de Carl. Las áreas marcadas con "a" representan datos faltantes en el autorregistro

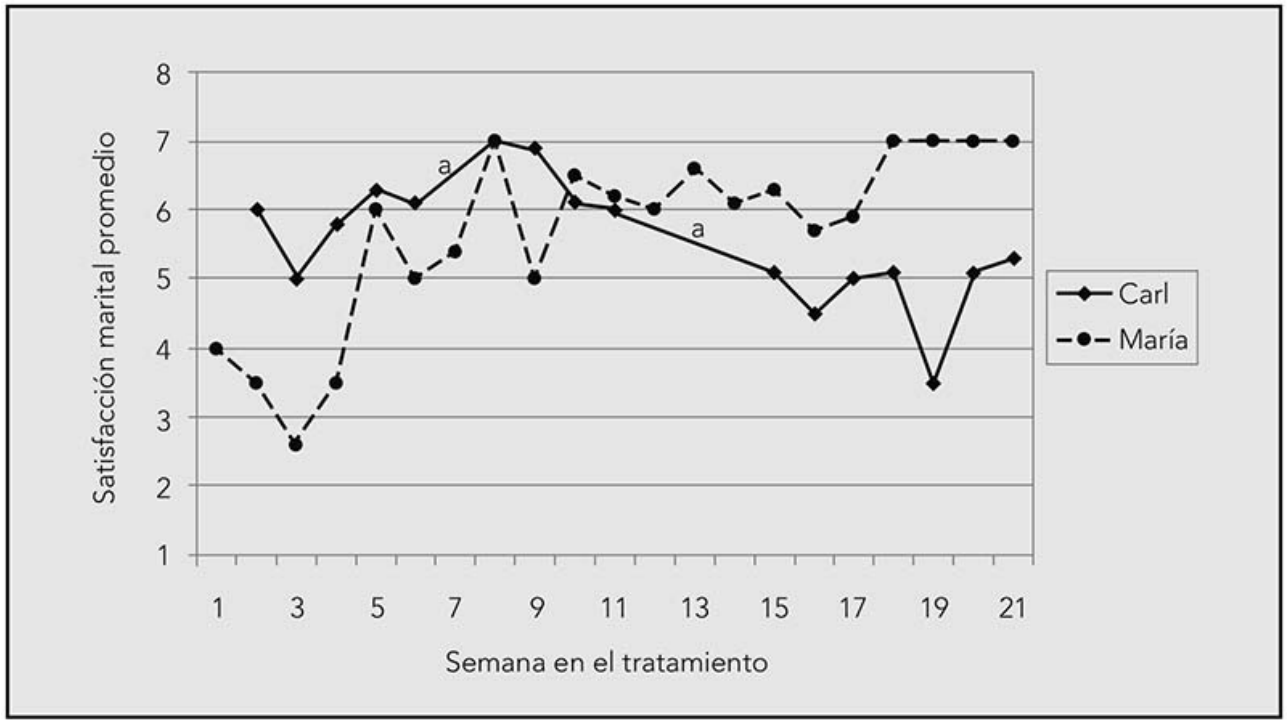


Figura 13-9. Satisfacción marital semanal de Carl y María. Las áreas marcadas con "a" representan datos faltantes en el autorregistro.

"Me alegra que haya llegado sobrio a las dos últimas sesiones. Sé que eso no es fácil para usted y demuestra que quiere que el tratamiento tenga éxito. Sin embargo, me preocupa que no haya disminuido su consumo entre sesiones. Por el contrario, su consumo parece haber aumentado. No me queda claro si en realidad quiere disminuir su consumo o si no sabe cómo hacerlo".

Carl dijo que le resultaba difícil reducir el consumo, pero que estaba comprometido a dejar de beber porque quería tener de nuevo de vuelta a María y a sus hijos. Después revisamos algunas estrategias potenciales para ayudarlo a dejar de beber, como dormir (sugerencia suya) o tener en casa otras bebidas disponibles (sugerencia mía) o regresar al trabajo (sugerencia de María). Él se mostraba renuente a comprometerse con cualquiera de los planes y María cuestionó si en realidad quería dejar de beber.

Para responder a la ambivalencia de Carl, sugerí que examináramos consecuencias de su forma de beber distintas a la desaprobación de María y a las peleas de la pareja. Carl no pudo pensar en otra consecuencia adversa. Le pregunté por sus problemas legales por conducir bajo la influencia del alcohol y por su arresto por allanamiento de morada, pero Carl dijo que no creía que el alcohol tuviera nada que ver con el último cargo y que las leyes sobre la conducción bajo la influencia del alcohol eran "ridículas". También indicó que seguía conduciendo a pesar de no tener licencia de conducir y que lo seguiría haciendo aunque le revocaran la licencia por diez años (una posibilidad real dado que había tenido tres infracciones por conducir bajo la influencia del alcohol en menos de 10 años, dos de ellas en el mismo mes). Carl expresó una falta de preocupación similar por cualquier otro aspecto relacionado con su conducta de beber, pero dijo de nuevo que estaba dispuesto a dejarlo por su compromiso con su matrimonio y sus hijos. Hice una lista de las consecuencias negativas que habían reportado él o María en varias ocasiones y le pedí que la revisara por lo menos dos veces al día y que pensara cuáles de esas consecuencias le preocupaban. Carl informó haber revisado la lista "una o dos veces" entre sesiones, pero se sentía relativamente indiferente ante el contenido.

A pesar de mi preocupación por la relativa falta de motivación de Carl para cambiar, decidí continuar con el análisis conductual de su forma de beber. Pensé que si podía identificar un conjunto discreto de antecedentes del consumo, y si Carl lograba evitar beber en algunas de esas situaciones parte del tiempo, su motivación para cambiar aumentaría a medida que se incrementara su autoeficacia. Durante la sesión analizamos otras dos situaciones de consumo y, como tarea, le pedí que completara en casa dos cadenas conductuales. En la figura 13-10 se presenta un resumen completo del análisis conductual de su conducta de beber.

Figura 13-10. Muestra del análisis conductual del consumo de alcohol de Carl en mi consultorio.

Carl llegó a la siguiente sesión de tratamiento con un nivel de alcohol en sangre de 118mg% y dijo que había bebido desmesuradamente los días previos a la sesión. Después de una larga discusión, aceptó ir a desintoxicación. Dijo que tenía miedo a ser hospitalizado y que le preocupaba no poder mantenerse sobrio después de la desintoxicación. Intenté enfatizar que la desintoxicación era sólo el primer paso del tratamiento y que seguiríamos trabajando juntos para ayudarlo a aprender formas de afrontar sin tener que beber.

También expresó la creencia de que su vida no sería divertida sin beber. María oscilaba entre animar a Carl para que se desintoxicara y en decirme que él aceptaba desintoxicarse sólo para salir

Como él se sentía tan preocupado, hice que llamara al centro de desintoxicación desde mi consultorio para que planteara cualquier duda que tuviera. Así lo hizo y programó su admisión para el día siguiente.

Sesiones 6 a 8

Carl no se presentó a la desintoxicación y volvió a decir que no podía soportar el encierro. Seguía bebiendo todos los días y sus esfuerzos por disminuir su consumo eran mínimos. Sugerí una desintoxicación ambulatoria y le di el teléfono de un colega médico que supervisaba desintoxicaciones en consulta externa, aunque tenía poca esperanza de que cumpliera con esa canalización. Carl siguió expresando su disposición a estar en tratamiento y a cambiar su forma de beber, y decidí continuar a pesar de mis dudas respecto a que tuviera suficientes incentivos para cambiar. Completamos el análisis conductual de su patrón de consumo durante la sexta sesión e identificamos varias acciones de María que eran antecedentes de su consumo, incluyendo el hecho de recordarle sus responsabilidades, su paso lento cuando tenían una cita y había mucho que hacer para prepararse y preparar a sus hijos para salir, y sus comentarios sobre su manera de beber.

En cierto punto de la sexta sesión, Carl dijo, “Usted sabe, María tiene mal carácter. Debería preguntarle lo que me hizo en la playa”. María respondió de inmediato diciendo, “Muéstrale tus brazos a Barbara”. Carl se arremangó las mangas revelando varios rasguños y moretones que cubrían sus antebrazos. María explicó luego que se había sentido muy frustrada con Carl por su forma de beber y que cuando estaba enojada a menudo lo agarraba, lo rasguñaba e intentaba golpearlo en el pecho o el abdomen. La conducta había empezado en los últimos cuatro meses y ella la encontraba muy molesta. También dijo que le preocupaba llegar a maltratar a sus hijos y admitió que en ocasiones usaba el castigo físico cuando se enojaba con ellos. Aunque el enojo y la frustración de María no eran sorprendentes y son reacciones comunes en las parejas de la gente con alcoholismo, la agresión física, en particular en ausencia de cualquier abuso físico por parte de Carl, era menos común. Analizamos en gran detalle su conducta hacia los niños porque me preocupaba que hubiera evidencia de maltrato infantil. Ella dijo, y Carl confirmó, que nunca había magullado, cortado o lastimado a los niños de forma alguna, y que nunca habían llevado a ninguno de los niños al médico o a la sala de emergencias por

su forma de disciplinarlos. Ambos reportaron la creencia de que el castigo físico, en forma de "nalgadas" o sacar físicamente al niño de una situación peligrosa, eran una forma apropiada de disciplina. Sin embargo, María sentía que no siempre disciplinaba a los niños de manera racional y que ocasionalmente les pegaba en el brazo o los jalaba demasiado fuerte al sacarlos de una situación. A partir de los reportes de la pareja no creí que María estuviera maltratando a los niños, pero pensé que era importante tratar en terapia sus preocupaciones. Le pedí que empleara las tarjetas de autorreporte para anotar cualquier momento en las siguientes dos semanas en que sintiera que su reacción hacia los niños era demasiado fuerte o cuando fuera físicamente agresiva con Carl.

Durante las dos siguientes sesiones Carl empezó a disminuir considerablemente su consumo y estuvo abstemio en cada sesión de tratamiento. Carl y María habían empezado a pasar más tiempo juntos y dijeron que ese tiempo era más positivo. Tuvieron una barbacoa familiar y fueron de pesca a la playa con los niños.

María cumplió el registro de sus reacciones hacia sus hijos y en cada semana anotó dos ocasiones en que le pegó a uno de los niños en el brazo o sintió que lo había sujetado con demasiada fuerza. Discutimos los antecedentes de esos incidentes e identificamos varios aspectos destacados: María estaba cansada, el niño estaba cansado y ella trataba de pedirle que hiciera algo cuando no podía asegurarse de que lo hiciera (estaba en el cuarto o tenía las manos llenas). En cada situación repitió varias veces la instrucción verbal al niño sin que eso sirviera, entonces se sintió enojada y salió del cuarto para castigarlo. Analizamos estrategias alternativas y enfaticé la importancia de poder completar de inmediato una instrucción verbal en lugar de llegar a frustrarse. Ella captó mis sugerencias y también expresó alivio por ser capaz de discutir sus preocupaciones. Después del periodo de dos semanas, María no reportó otros casos de reacción física excesiva ante los niños y dijo que había vuelto a sentir más control como madre. Las observaciones de Carl confirmaron sus reportes.

Al mismo tiempo que analizábamos los problemas de María con la disciplina de los niños, empezamos a llevar a la práctica algunas de las técnicas de planeación de automanejo para Carl. Le sugerí que le resultaría más fácil no beber si tenía ideas de cómo manejar ciertos desencadenantes sin alcohol. Podía evitar algunas situaciones o reorganizarlas para minimizar la importancia del alcohol en ellas. Para ayudarlo en el proceso usamos una hoja de planeación de automanejo (figura 13-11).

Desencadenante	Plan	Beneficios	Desventajas	Dificultad
1.				
2.				

Figura 13-11. Hoja de muestra de planeación de automanejo

Elegimos la pesca como tema de la planeación del automanejo porque para él era una actividad de alta frecuencia y consumo elevado. Carl tenía varias ideas sobre cómo podía ir de pesca sin alcohol; esas ideas incluían llevar a su hijo mayor, llevar a su esposa o invitar a un antiguo amigo que era un pescador excelente y que no bebía en absoluto. Además, Carl pensaba que si compraba refrescos la noche antes de ir a pescar y llenaba la hielera con los refrescos antes de salir de casa, se sentiría menos tentado a detenerse en una licorería al final de la cuadra. Como tarea le pedí a Carl que llevara a cabo este plan y que desarrollara otro plan de automanejo para salir con un amigo sin beber.

Carl llevó a cabo con éxito el plan para la pesca y también planeó pedirle a su amigo Scott que jugaran tenis y que luego fueran a comer a un restaurante de comida rápida porque ahí no venden alcohol. Aunque Carl no veía obstáculos para implementar ese plan, no lo hizo y no pudo explicar la razón para no hacerlo. Sin embargo, si le dijo a Scott que estaba tratando de dejar de beber y su amigo reaccionó de manera positiva y brindándole apoyo.

El otro tema importante de esas sesiones fue el reforzamiento para los cambios en la forma de beber de Carl. Debido a su ambivalencia respecto a cambiar su forma de beber, pensé que era particularmente importante que experimentara algunas consecuencias positivas por disminuir su consumo y por su abstinencia. También quería enseñar a María algunas formas positivas más que coercitivas de interactuar con Carl acerca de su consumo. Para introducir ese tema, sugerí que ambos debían pensar en formas más positivas de lograr la abstinencia y disminuir su consumo. Primero sugerí que María podía darle a Carl retroalimentación positiva cuando no bebiera, pero él reaccionó de manera muy negativa a esta sugerencia diciendo, "Yo pensaría que es otra de sus formas taimadas de presionarme para que me detenga. No quiero que diga nada". Al continuar esta discusión pregunté si había algo que María pudiera hacer que hiciera que la abstinencia valiera la pena para él, Carl sugirió que ella podría abstenerse de hablar sobre el alcohol y pasar tiempo con él sin ser "criticona". Decidieron sobre varias actividades agradables para ambos que podrían compartir si él no bebía, como compartir una cena con camarones y que María le dijera a Carl que disfrutaba el tiempo que pasaban juntos. Ambos pudieron llevar a cabo esos planes con éxito, y aunque Carl bebió mientras estaban juntos, la cantidad fue considerablemente menor en esas ocasiones.

Sesiones 9 a 11

Para este momento del tratamiento, Carl había disminuido su consumo a entre tres y seis

tragos por día, pero no había dejado de beber por completo. Sus reportes de sus deseos intensos de beber también empezaron a disminuir. María reportó mayor satisfacción marital casi cada día (una calificación de 7 en una escala de 1 a 7 puntos) y pasaban la mayor parte de su tiempo libre en su departamento o en la casa de la madre de Carl. Sin embargo, en las sesiones de terapia empezaron a pelear con más frecuencia y su conflicto giraba alrededor de dos temas principales: el deseo de María de mudarse a Carolina del Norte y su sentimiento de que Carl no le daba apoyo emocional. Yo empecé a implementar con ellos un entrenamiento estructurado de comunicación, enseñándoles habilidades que incluían permitir que el otro terminara antes de hablar, escucha reflexiva, y hacer peticiones específicas de manera positiva. Esas sesiones fueron complementadas con manuales sobre comunicación. Después de leer el primer manual, que cubría temas básicos, como la importancia de ser amable y respetuoso con el cónyuge, y algunas de las fuentes de mala comunicación, llegaron a la sesión absolutamente sorprendidos por la idea de que decirse de todo (p. ej., "idiota", "estúpido") pudiera tener un impacto negativo en su relación. Empezaron a emplear en casa una forma de comunicación positiva más que negativa y se sintieron complacidos por el impacto que eso tuvo en sus conversaciones.

Aunque estábamos haciendo progresos en el tratamiento, me preocupaba que Carl siguiera bebiendo cada día y lo informé de esta preocupación. Carl afirmó que creía que ahora podía detenerse y aceptó mantenerse abstemio durante dos días en la siguiente semana. La primera semana que aceptó este contrato, Carl no quiso discutir estrategias para lograr la abstinencia y no tuvo éxito. La segunda semana discutimos planes muy específicos de cómo podría mantenerse abstemio. Planeó estar con María y con los niños una parte de cada día y decidió no comprar más cerveza para tener en casa de su madre esos días. Además, haría acopio de refrescos y planeó irse a cama temprano. Yo sugería que podría usar a María como apoyo en sus intentos de mantenerse sobrio y lo alenté con frecuencia a encontrar a alguien con quien pudiera hablar de sus deseos intensos de beber, y la pareja podía ser una buena fuente de apoyo. Una vez más se mostró renuente a involucrar a María diciendo "Yo no le diría a ella que quiero beber, todo lo que obtendría es un regaño". Sugerí que normalmente le disgustaban los comentarios de su esposa porque no los había solicitado, pero que en esta situación él estaría a cargo porque sería la persona preocupada por su forma de beber. Su respuesta a esta forma de replantear la situación fue positiva. Luego le pregunté si había algo que María pudiese decir que lo ayudara y él sugirió que ella le dijera que era su elección. María dijo que sería difícil no sermonearlo, pero aceptó participar en un juego de roles. Imaginaron que estaban manejando a la playa y Carl dijo, "Quiero detenerme a buscar un paquete de seis cervezas". María respondió "Es tu elección si quieres hacerlo, pero si quieres podríamos detenernos a comprar mejor algunos refrescos". Carl estaba sorprendido de lo mucho que le gustó esa respuesta, y aunque María reconoció que le resultó muy difícil ser neutral, le agradó sentir que no era su responsabilidad impedir que él bebiera. Acordaron probar esa forma de discusión una vez la semana siguiente.

Carl no logró mantenerse abstemio ningún día, aunque puso en práctica la mayor parte

de sus planes y bebió sólo una cerveza cada uno de los dos días objetivo. Sin embargo, no le habló a María sobre sus deseos intensos de beber. Una vez más expresó poca preocupación por no cumplir sus metas. Durante la sesión, Carl y María anunciaron que irían a Carolina del Norte en un viaje de dos semanas. Carl conocía a un contratista que le había ofrecido trabajo ahí, y a María le intrigaba la posibilidad de mudarse a una zona con un costo de vida más bajo y un ambiente más rural en el cual criar a los niños. Ella dijo que no se mudarían mientras Carl siguiera bebiendo, pero ambos decidieron que era interesante hacer el viaje para explorar las posibilidades.

Sesiones 12 a 15

Carl y María regresaron de su viaje de dos semanas muy entusiasmados por Carolina del Norte. Creían que era un lugar donde podían encontrar trabajo, el costo de la vida era claramente más bajo y a los dos les gustó el área que visitaron. María dijo de nuevo que no se mudarían a menos que Carl se mantuviera abstemio por un tiempo considerable porque no quería dejar a su familia si no podía confiar en Carl. Él repitió que dejaría de beber. Yo había aprovechado la ventaja del receso en la terapia para revisar mis notas del progreso y pensar en la pareja con un poco más de objetividad. Me quedó claro que aunque Carl había aceptado la abstinencia por la presión de María, lo que él quería era disminuir su consumo. Sin embargo había enfrentado este conflicto ofreciendo confirmaciones verbales de que cambiaría su conducta sin los cambios conductuales acompañantes. Carl sólo había implementado algunos de los planes conductuales que habíamos desarrollado y yo no pensaba que eso reflejara que carecía de las habilidades. Decidí que en esta sesión del tratamiento señalaría las incongruencias conductuales de Carl.

Para iniciar la discusión les dije a Carl y a María que quería analizar su progreso hasta ahora. Enfaticé los cambios positivos que habían alcanzado hasta el momento: Carl había disminuido considerablemente su consumo de alcohol, había desarrollado algunas habilidades que lo ayudaban a beber menos, la comunicación entre ellos había empezado a mejorar, pasaban tiempo juntos que ambos disfrutaban, y habían empezado a considerar posibles planes juntos de largo plazo. Sin embargo, hice notar que Carl había hecho una serie de promesas sobre su forma de beber que no había cumplido. Les leí varios fragmentos de mis notas de progreso, advirtiendo la fecha objetivo inicial que Carl había propuesto para la abstinencia, así como sus acuerdos rotos sobre la desintoxicación y los días que se mantendría abstemio. Les sugerí dos explicaciones alternativas; o Carl no quería dejar de beber por completo pero sentía que tenía que aceptar la abstinencia para mantener feliz a María o de verdad no podía dejar de beber y necesitaba mayor ayuda para lograrlo. Al enmarcar mis explicaciones de esta forma traté de evitar etiquetar a Carl como deshonesto y no motivado para el cambio. También sugerí que María había contribuido al problema de Carl al reportar una elevada satisfacción marital a pesar de que seguía bebiendo, y que posiblemente el menor consumo también era aceptable para ella. Ambos reaccionaron con mucha fuerza a mi retroalimentación. Carl dijo, “Al principio no quería detenerme, pero ahora no me parece tan malo. No estoy bebiendo

ahora lo suficiente para que signifique algo. por lo que sólo lo dejaré. No es nada del otro mundo y no quiero decepcionarla". María dijo: "Siempre siento que Carl dice lo que tenga que decir para que dejemos de molestarlo. Pero he sido mucho más feliz desde que disminuyó su consumo, tanto que casi pierdo de vista el hecho de que sigue bebiendo. Me da miedo mudarme con él a cualquier lugar mientras lo siga haciendo. Fue muy malo antes y no quiero regresar a eso.

Después de esta conversación, Carl negó que prefiriera el consumo moderado y anunció que iba a "dejar el alcohol para siempre". Durante las dos semanas siguientes, Carl bebió un día cada semana, una cerveza la primera semana y dos cervezas la segunda. Aunque discutimos diversas estrategias de afrontamiento conductual, como desarrollar alternativas conductuales para las situaciones de consumo, estrategias de repaso para rechazar las bebidas, y el uso de diferentes estrategias para enfrentar los deseos intensos, Carl desestimó su importancia. En lugar de eso se concentró en las estrategias de afrontamiento cognitivo: cuando sintiera el deseo intenso de beber, pensaría en las razones para no hacerlo ("No vale la pena. María y los niños son más importantes"), o usaría tácticas de demora ("No voy a beber nada justo ahora. Si continúo con ganas de beber a las 5:00 [o en cualquier otro momento posterior durante el día], entonces beberé una cerveza"), o desestimaría los aspectos positivos del alcohol ("Una o dos cervezas no harán nada por mí y no quiero quedar inconsciente").

Carl y María también empezaron a discutir sus metas a largo plazo. Les pedí que escribieran cómo les gustaría que fueran sus vidas en cinco años. Carl anotó lo siguiente[3]:

> Un lugar cómodo donde vivir con María y los niños. Buenas escuelas, un patio trasero. Tener las finanzas en orden, ahorrar dinero, consolidar las facturas, mejorar el crédito. Mantener un ingreso estable, un trabajo estable en la construcción o en otro sitio. Obtener una relación amorosa con María. Mejorar personalmente, tener un mejor manejo del dinero, escuchar a María con más objetividad, un empleo seguro más estable. María mejorará su autodisciplina, controlará su carácter, aumentará la confianza en sí misma, perderá peso, será menos pesimista en cuestiones cotidianas, es decir, le asustan los bichos, el tráfico, los contratiempos, etc.

María escribió metas a cinco años notablemente similares:

> A cinco años de hoy tendré 37 años; Jonathan tendrá ocho años y Marc siete. Estaremos viviendo en Carolina del Norte en una casa rentada. Yo estoy trabajando, Carl trabaja y los niños van a la escuela. Tenemos dos carros. Carl lleva cinco años sobrio. Yo llevo cuatro años delgada. Estamos a dos años de que nos regresen el crédito después de la solicitud de bancarrota. Algunas noches estaremos juntos como familia para relajarnos o iremos a un juego de béisbol o de soccer de Jonathan o de Marc. Otras noches saldré a socializar o a hacer mandados. Otras noches Carl hará lo mismo. Tendremos comodidad financiera. Tres cosas que quiero de la vida:

María:	Carl:
Tranquilidad, delgadez, sentirme segura, un carro, dinero, independencia, control de mi vida	Motivación, sobriedad, responsabilidad, satisfacción.

Dada la semejanza entre las metas de Carl y María, les pedí que las leyeran en voz alta. Ambos aceptaron esta sugerencia y lo hicieron. Su reacción fue muy positiva y se sintieron animados; como sus metas a largo plazo eran muy similares, podían trabajar juntos para alcanzarlas. Empecé a enseñarles habilidades relacionadas con la asertividad y la solución de problemas, a discutir formas de poner en práctica esas habilidades en su relación y en otras situaciones interpersonales.

Sesiones 16 a 18

Carl se abstuvo de beber a partir de la sesión 15 y hasta el final del tratamiento. Reportó unos cuantos deseos intensos de beber, pero estos disminuyeron pronto. Sin embargo, tuvo reacciones muy fuertes al hecho de no beber. Se sentía triste, dijo que extrañaba beber y que sentía que había perdido algo importante para él. También dijo que era frustrante porque siempre pudo beber cuando se sentía mal, pero que ahora no podía hacerlo. Intenté replantear sus sentimientos, señalando que su capacidad para reconocer que extrañaba el alcohol era un paso importante a la posibilidad de reorganizar su vida sin la bebida, y que su reacción sugería que sus intenciones de no beber eran serias. Al parecer este replanteamiento le resultó útil, pero la abstinencia siguió resultándole incómoda.

A medida que Carl se mantenía sobrio disminuyeron las puntuaciones de su satisfacción marital. Previamente había reportado una satisfacción marital bastante alta, pero conforme dejó de beber empezó a sentirse cada vez más desdichado. Cuando le pregunté por sus puntuaciones, dijo que sentía que "no iban a ningún lado" en términos de su reconciliación. Habíamos empezado el entrenamiento de asertividad y solución de problemas, y sugerí que Carl podía usar esas habilidades para expresar sus sentimientos a María en forma más directa. Durante la sesión ambos emplearon algunas de las habilidades positivas en las que habíamos trabajado para sostener una discusión positiva sobre los sentimientos de Carl y sus deseos de reconciliarse y sobre las preocupaciones de María por lo difícil que eso podría ser. Ambos aceptaron que querían vivir juntos de nuevo, pero que sería difícil desarrollar un plan para hacerlo. Durante dos sesiones de tratamiento utilizamos técnicas estructuradas de solución de problemas para desarrollar un plan. El principal impedimento para la reconciliación era financiera. María estaba recibiendo prestaciones sociales, pero si ella o Carl empezaban a trabajar recibirían menos ayuda pública. Sin embargo, para poder vivir juntos debían tener suficiente dinero para un depósito de seguridad y el primer mes de renta. Finalmente decidieron que María empezaría a trabajar algunas horas a la semana como estilista, y que lo haría "bajo la mesa", Carl cuidaría a los niños mientras ella trabajaba. Si eso funcionaba, entonces Carl

empezaría a buscar trabajo de nuevo; una vez que ambos trabajaran se mudarían con la madre de él por un tiempo limitado para ahorrar dinero para los depósitos y la renta, luego rentarían un departamento juntos en Nueva Jersey o rentarían un remolque y se mudarían a vivir a Carolina del Norte. También usaron técnicas de solución de problemas para desarrollar un plan para enfrentar sus otras deudas.

Terminación

Como Carl y María participaban en una investigación clínica, tuvimos que terminar el tratamiento después de 18 sesiones (incluyendo las sesiones en que estaba intoxicado). Durante el tratamiento hicieron progresos significativos: Carl se había mantenido abstemio por más de un mes; María había aprendido formas más eficaces de disciplinar a sus hijos y ya no reportó preocupaciones por ser demasiado punitiva con ellos; la relación de la pareja mejoró significativamente y tenían un plan constructivo para su reconciliación. Me preocupaba que Carl seguía incómodo con la abstinencia y pensé que sólo había adquirido unas cuantas estrategias efectivas de afrontamiento para lidiar con los desencadenantes de la bebida. No habíamos trabajado directamente en su estilo para evitar la responsabilidad excepto en lo concerniente a cumplir su compromiso de mantenerse sobrio y el establecimiento de metas a largo plazo. No se probó que Carl llevara a cabo su parte en esos acuerdos. La pareja se sentía bastante contenta con la terminación, pero preguntó por un posible tratamiento de seguimiento, indagando específicamente por Alcohólicos Anónimos u otros grupos de ayuda que se concentraran en parejas o en aproximaciones conductuales para el cambio. Los canalicé a SMART y a un grupo de Alcohólicos Anónimos para parejas. Las restricciones del protocolo de investigación clínica impedían cualquier tratamiento a largo plazo conmigo, aun cuando yo considerara que sería benéfico que continuaran el tratamiento.

Comentario

Carl y María eran una pareja bastante típica. La ambivalencia de Carl respecto a la abstinencia, su ingreso a tratamiento debido únicamente a un agente externo, y su resistencia a muchas intervenciones conductuales son bastante representativas. Creo que empezó a involucrarse en el tratamiento cuando dejó de sentir que era el único tema de la terapia, después de que María empezó a hablar de su conducta agresiva y sus sentimientos. El segundo punto crítico del tratamiento fue al abordar el hecho de que seguía bebiendo. Yo estaba dispuesta a permitirles renegociar una meta de consumo moderado, pero no pensé que fuera terapéutico que Carl sintiera que podía acordar verbalmente la abstinencia y luego evitar ese acuerdo. Abordar directamente la conducta de Carl lo obligó a decidir entre ser asertivo y renegociar las metas del tratamiento o cumplir su compromiso.

El papel del entrenamiento de habilidades conductuales para facilitar la abstinencia fue menos importante con Carl que con algunos clientes. Él probó varias habilidades que adquirió en el tratamiento pero se basó principalmente en las estrategias cognitivas de afrontamiento. El papel del reforzamiento probablemente fue más importante para

entender la modificación en su conducta de consumo. La relación matrimonial era importante para Carl al inicio del tratamiento, y enfocar la terapia en las formas de mejorar esa relación aumentó el valor reforzante que tenía para él. A eso contribuyó la congruencia de María al decir que sólo se reconciliarían si se mantenía sobrio, al discutir las metas a largo plazo para la relación y al ver la buena vida que podrían compartir en Carolina del Norte.

Por último, mi relación con la pareja probablemente contribuyó a los cambios positivos que lograron. Me pareció que eran una pareja agradable y atractiva a pesar de sus dificultades. En ocasiones bromeaba con Carl o lo persuadía de cumplir su compromiso, al final del tratamiento comentó

"Al principio no sabía si usted me agradaba o no, pero luego decidí que era muy amable y me di cuenta de que no se daría por vencida conmigo, entonces decidí que haría el intento". Traté de reforzar la capacidad de María para cuidar de sí misma, y sospecho que en ciertos sentidos me vio como un modelo a seguir. A menudo me hacía preguntas personales (si estaba casada, qué edad tenía mi hijo) y me regaló un calendario de escritorio como agradecimiento al terminar. Nuestra investigación sugiere que nuestros terapeutas más experimentados tienen más éxito para mantener a los clientes en el tratamiento (Epstein, McCrady, Miller y Steinberg, 1994; Raytek, McCrady, Epstein y Hirsch, 1999), y sospecho que ser capaz de lidiar con esas relaciones complejas es una habilidad que nuestros terapeutas más experimentados han adquirido de manera más completa.

Problemas típicos

Los problemas presentados en este caso son bastante típicos -llegar intoxicado a las sesiones de tratamiento, continuar bebiendo durante el mismo, ambivalencia respecto al cambio, incumplimiento de las tareas, así como el descubrimiento de nuevos y más complejos problemas al avanzar la terapia. Mentir y no llegar a las sesiones programadas son otros obstáculos típicos que en ocasiones presentan los clientes con problemas relacionados con la bebida. Al trabajar con Carl y María juntos pude minimizar esas dificultades particulares porque María estaba muy motivada por el tratamiento y era muy responsable respecto al cumplimiento de las citas programadas. Además, al hacer que ambos registraran el consumo y los deseos intensos de beber de Carl, tuve una imagen más clara de su patrón de consumo así como una idea más clara de nuestro progreso (o falta del mismo).

PREDICTORES CLÍNICOS DEL ÉXITO O FRACASO

Varios factores predicen el éxito o fracaso de la terapia. Sin embargo, antes de abordar esos factores es importante discutir las definiciones de "éxito". En cualquier tratamiento, una minoría de clientes mantienen a largo plazo un cambio exitoso de manera ininterrumpida (abstinencia o consumo no problemático). Esa proporción varía según las características demográficas de la población, y los resultados del tratamiento son mejores para las personas casadas, que tienen empleo y residencia estables y que no presentan psicopatología comórbida. Además, el ambiente de la persona después del tratamiento juega un papel importante (Moos, Finney y Cronkite, 1990) en la determinación de los resultados a largo plazo. Las observaciones de inestabilidad a largo plazo en los resultados del consumo han llevado a muchos a considerar al alcoholismo como un trastorno crónico, con recaídas y a reconceptualizar el "éxito" como un proceso más que como un resultado estático; es decir, también debe considerarse "exitoso" al cliente que no sólo aprende habilidades efectivas para evitar el consumo o el consumo excesivo, sino que también aprende formas de afrontar las recaídas minimizando su duración y gravedad. En los estudios sobre los resultados del tratamiento los investigadores revisan el porcentaje de los días de abstinencia o consumo moderado y la duración de los periodos de abstinencia en comparación con los periodos de consumo excesivo como formas de evaluar el "éxito" relativo más que absoluto. Desde la perspectiva del clínico individual, ciertas características y conductas del cliente son buenos presagios del curso del tratamiento. Es más fácil tratar al cliente que tiene incentivos importantes para cambiar (internos o externos) y cierto reconocimiento de una relación entre su manera de beber y sus problemas. Otros indicadores positivos son cumplir las primeras tareas asignadas, llegar sobrio a las sesiones y ser honesto acerca de la conducta fuera del tratamiento. No obstante, la conducta del clínico es otro predictor importante del éxito. Varios estudios han señalado distintos aspectos de la conducta del clínico -empatía, establecimiento de metas específicas y planeación del tratamiento, desarrollo de metas de consumo con el cliente en lugar de imponerle las metas, y dar al cliente opciones de tratamiento- que están asociados con una mayor conformidad con el tratamiento.

CONCLUSIÓN

Ofrecer tratamiento a personas con problemas con la bebida es un proceso complejo y fascinante. El clínico se enfrenta con decisiones que implican asignar a cada cliente al nivel apropiado de atención, al escenario para el tratamiento y las modalidades y técnicas de tratamiento. Esos clientes suponen un reto para las habilidades diagnósticas para identificar los problemas concomitantes a nivel médico, psicológico, psiquiátrico y cognitivo. La terapia requiere conocimiento de diversas técnicas de tratamiento, la capacidad para establecer una relación terapéutica positiva con clientes que en ocasiones son frustrantes y difíciles, así como la capacidad para "pensar rápido".

Desde el tratamiento más breve, de una sesión, para motivar a bebedores empedernidos para disminuir su consumo hasta el tratamiento complejo y más prolongado proporcionado a individuos con dependencia grave del alcohol, el tratamiento nunca es aburrido ni rutinario. El clínico dispone de una gran cantidad de publicaciones empíricas para guiar la selección del tratamiento y también de literatura clínica significativa para ilustrar las técnicas clínicas y los problemas. Y aunque muchas personas con problemas relacionados con el alcohol pueden cambiar con éxito por sí solas y con un mínimo de ayuda, los tratamientos también ofrecen un medio importante para que las personas resuelvan un problema importante en su vida.

De modo que este capítulo concluye como empezó. como una "charla promocional" para que los clínicos se mantengan informados y receptivos a la posibilidad de ofrecer tratamiento razonado e informado a personas con problemas relacionados con el alcohol.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

American Society of Addiction Medicine (ASAM). (2001). *ASAM patient placement criteria for the treatment of psychoactive substance use disorders* (2nd ed., rev.). Chevy Chase, MD: Author.

Annis, H. M., Graham, J. M., & Davis, C. S. (1987). *Inventory of Drinking Situations (IDS): User's guide*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

Chaney, E. F., O'Leary, M. R., & Marlatt, G. A. (1978). Skills training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 1092–1104.

Cisler, J. M., Amstadter, A. B., Begle, A. M., Resnick, H. S., Danielson, C. K., Saunders, B. E., et al. (2011). PTSD symptoms, potentially traumatic event exposure, and binge drinking: A prospective study with a national sample of adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 978–987.

Cohn, A. M., Graff, F. S., Epstein, E. E., McCrady, B. S., Cook, S., Schneider, M., et al. (2010, June). *Alcohol use outcomes following "cold turkey" or graduated reduction among women with an alcohol use disorder enrolled in treatment*. Paper presented at the annual meeting of the Research Society on Alcoholism, San Antonio, TX.

Cox, G. B., Walker, R. D., Freng, S. A., Short, B. A., Meijer, L., & Gilchrist, L. (1998). Outcome of a controlled trial of the effectiveness of intensive case management for chronic public inebriates. *Journal of Studies on Alcohol, 59*, 523–532.

Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Gaskin, J. (1994). Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment. *Addictive Behaviors, 19*, 691–696.

Donovan, D. (2013). Evidence-based assessment: Strategies and measures in addictive behaviors. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (2nd ed., pp. 311–352). New York: Oxford University Press.

Epstein, E. E., & McCrady, B. S. (2009). *A cognitivebehavioral treatment program for overcoming alcohol use problems: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.

Epstein, E. E., McCrady, B. S., Miller, K. J., & Steinberg, M. L. (1994). Attrition from conjoint alcoholism treatment: Do dropouts differ from completers? *Journal of Substance Abuse, 6*, 249–265.

Filstead, W. (1991). *Two-year treatment outcome: An evaluation of substance abuse services for adults and youths*. Park Ridge, IL: Parkside Medical Services.

Fink, E. B., Longabaugh, R., McCrady, B. S., Stout, R. L., Beattie, M., Ruggieri-Authelet, A., et al. (1985). Effectiveness of alcoholism treatment in partial versus inpatient settings: Twenty-four month outcomes. *Addictive Behaviors, 10*, 235–248.

Finney, J. W., Moos, R. H., & Timko, C. (2013). The course of treated and untreated substance use disorders: Remission and resolution, relapse and mortality. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (2nd ed., pp. 108–131). New York: Oxford University Press.

Foy, D. W., Miller, P. M., Eisler, R. M., & O'Toole, D. H. (1976). Social skills training to teach alcoholics to refuse drinks effectively. *Journal of Studies on Alcohol, 37*, 1340–1345.

Frankenstein, W., Hay, W. M., & Nathan, P. E. (1985). Effects of intoxication on alcoholics' marital communication and problem solving. *Journal of Studies on Alcohol, 46*, 1–6.

Green, K., Worden, B., Menges, D., & McCrady, B. S., (2008). Assessment of alcohol use disorders. In J. Hunsley & E. Mash (Eds.), *A guide to assessments that work* (pp. 339–369). New York: Oxford University Press.

Haaga, D. A. F., McCrady, B., & Lebow, J. (2006). Integrative principles for treating substance use disorders. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 675–684.

Hallgren, K. A., Greenfield, B. L., Ladd, B., Glynn, L. H., & McCrady, B. S. (2012). Evidence-based practices for the treatment of adults with alcohol use disorders. In P. Sturmey & M. Hersen (Eds.), *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology: Vol. II. Adult disorders (*pp. 133–166). Hoboken, NJ: Wiley.

Helzer, J. E., Robins, L. N., Taylor, J. R., Carey, K., Miller, R. H., Combs-Orme, T., et al. (1985). The extent of long-term moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities.

New England Journal of Medicine, 312, 1678–1682.
Hesse, M. (2006). The Readiness Ruler as a measure of readiness to change polydrug use in drug abusers. *Harm Reduction Journal, 3*. Published online at *www.harmreductionjournal.com /content /3/1/3*.
Hester, R. K., Delaney, H. D., Campbell, W., & Handmaker, N. (2009). A web application for moderation training: Initial results of a randomized clinical trial. *Journal of Substance Abuse Treatment, 37*, 266–276.
Institute of Medicine. (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, DC: National Academy Press.
Kosanke, N., Magura, S., Staines, G., Foote, J., & DeLuca, A. (2002). Feasibility of matching alcohol patients to ASAM levels of care. *American Journal on Addictions, 11*, 124–134.
Leite, de C., Seminotti, J. C., Freitas, N. F., & Drachler, M. P. de L. (2011). The Psychosocial Treatment Expectations Questionnaire (PTEQ) for alcohol problems: Development and early validation. *European Journal of Psychological Assessment, 27*, 228–236.
Liepman, M. R. (1993). Using family influence to motivate alcoholics to enter treatment: The Johnson Institute Intervention approach. In T. J. O'Farrell (Ed.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions* (pp. 54–77). New York: Guilford Press.
Longabaugh, R., McCrady, B., Fink, E., Stout, R., McAuley, T., & McNeill, D. (1983). Cost-effectiveness of alcoholism treatment in inpatient versus partial hospital settings: Sixmonth outcomes. *Journal of Studies on Alcohol, 44*, 1049–1071.
Longabaugh, R., Wirtz, P. W., Zweben, A., & Stout, R. L. (1998). Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects. *Addiction, 93*, 1313–1333.
Longabaugh, R., Wirtz, P. W., Zywiak, W. H., & O'Malley, S. S. (2010). Network support as a prognostic indicator of drinking outcomes: The COMBINE study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 71*, 837–846.
Ludwig, A. M. (1985). Cognitive processes associated with "spontaneous" recovery from alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol, 46*, 53–58.
Magura, S., Staines, G., Kosanke, N., Rosenblum, A., Foote, J., DeLuca, A., et al. (2003). Predictive validity of the ASAM Patient Placement Criteria for naturalistically matched vs. mismatched alcoholism patients. *American Journal on Addictions, 12*, 386–397.
Margolin, G., Talovic, S., & Weinstein, C. D. (1983). Areas of Change Questionnaire: A practical approach to marital assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 921–931.
Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Second edition: Maintenance strategies in the treatment of addictive behavior*. New York: Guilford Press.
Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse pre- vention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
Mayfield, D., McLeod, G., & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. *American Journal of Psychiatry, 131*, 1121–1123.
McConnaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 20*, 243–250.
McCrady, B. S. (1992). A reply to Peele: Is this how you treat your friends? *Addictive Behaviors, 17*, 67–72.
McCrady, B. S., & Epstein, E. E. (2009). *Overcoming alcohol problems: A couples-focused program*. New York: Oxford University Press.
McCrady, B. S., Epstein, E. E., Cook, S., Jensen, N. K., & Hildebrandt, T. (2009). A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 243–256.
McCrady, B. S., Epstein, E. E., & Hirsch, L. (1999). Maintaining change after conjoint behavioral alcohol treatment for men: Outcomes at six months. *Addiction, 94*, 1381–1396.
McCrady, B. S., Horvath, A. T., & Delaney, S. I. (2003). Selfhelp groups. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd ed., pp. 165–187). Boston: Allyn & Bacon.
McCrady, B. S., Longabaugh, R. L., Fink, E., Stout, R., Beattie, M., Ruggieri-Authelet, A., et al. (1986). Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment: Twelve month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 708–713.
McCrady, B. S., Owens, M., & Brovko, J. (2013). Couples and family treatment methods. In B. S. McCrady &

E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (2nd ed., pp. 454–481). New York: Oxford University Press.
McCrady, B. S., Stout, R., Noel, N., Abrams, D., & Nelson, H. F. (1991). Effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatment. *British Journal of Addiction, 86*, 1415–1424.
McCrady, B. S., & Tonigan, J. S. (in press). Recent research into twelve step programs. In: R. Ries, D. Fiellin, S. Miller, & R. Saitz (Eds.), *Principles of addiction medicine* (5th ed.). Baltimore: Lippincott/Williams & Wilkins.
McKay, J. R., Van Horn, D., Oslin, D. W., Ivey, M., Drapkin, M. L., Coviello, D. M., et al. (2011). Extended telephonebased continuing care for alcohol dependence: 24-month outcomes and subgroup analyses. *Addiction, 106*, 1760–1769.
McLellan, A. T., Grissom, G. R., Zanis, D., Randall, M., Brill, P., & O'Brien, C. P. (1997). Problem–service "matching" in addiction treatment: A prospective study in four programs. *Archives of General Psychiatry, 54*, 730–735.
McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., et al. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment, 9*, 199–213.
McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association, 284*, 1689–1695.
Menges, D., McCrady, B. S., Epstein, E. E., & Beem, C. (2008). Psychometric evaluation of the Drinking Patterns Questionnaire: A measure of high-risk drinking situations. *Addictive Behaviors, 33*, 1061–1066.
Meyers, R. J., & Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. New York: Guilford Press.
Miller, W. R., Benefield, R., G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 455–461.
Miller, W. R., Leckman, A. L., Delaney, H. D., & Tinkcom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioral self-control training. *Journal of Studies on Alcohol, 53*, 249–261.
Miller, W. R., Meyers, R. J., & Tonigan, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 688–697.
Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors, 10*, 81–89.
Miller, W. R., Tonigan, J. S., & Longabaugh, R. (1995). *The Drinker Inventory of Consequences (DrInC): An instrument for assessing adverse consequences of alcohol abuse*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
Miller, W. R., Walters, S. T., & Bennett, M. E. (2001). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol, 62*, 211–220.
Moderation Management. (2006). The MM limits. Retrieved September 21, 2006, from *www.moderation.org/readings. shtml # mmlimits*.
Monti, P. M., Abrams, D. B., Binkoff, J. A., Zwick, W. R., Liepman, M. R., Nirenberg, T. D., et al. (1990). Communication skills training, communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol, 51*, 263–270.
Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L., & Abrams, D. B. (2002). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
Moos, R. H., & Billings, A. (1982). Children of alcoholics during the recovery process: Alcoholic and matched control families. *Addictive Behaviors, 7*, 155–163.
Moos, R. H., Finney, J. W., & Cronkite, R. (1990). *Alcoholism treatment: Context, process, and outcome*. New York: Oxford University Press.
Moos, R. H., Finney, J. W., & Gamble, W. (1982). The process of recovery from alcoholism: II. Comparing

spouses of alcoholic patients and matched community controls. *Journal of Studies on Alcohol, 43*, 888–909.
Morgenstern, J., Blanchard, K. A., McCrady, B. S., McVeigh, K. H., Morgan, T. J., & Pandina, R. J. (2006). A randomized field trial examining the effectiveness of intensive case management for substance dependent women receiving temporary assistance for needy families (TANF). *American Journal of Public Health, 96*, 2016–2023.
Moyers, T. B., Martin, T., Houck, J. M., Christopher, P. J., & Tonigan, J. S. (2009). From in-session behaviors to drinking outcomes: A causal chain for motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 1113–1124.
Nathan, P. E., & McCrady, B. S. (1987). Bases for the use of abstinence as a goal in the behavioral treatment of alcohol abusers. *Drugs and Society, 1*, 109–132.
O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., & Cutter, H. S. G. (1998). Couples relapse prevention sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: Outcomes during the three years after starting treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 59*, 357–370.
Ojehegan, A., & Berglund, M. (1989). Changes in drinking goals in a two-year outpatient alcoholic treatment program. *Addictive Behaviors, 14*, 1–10.
Orford, J., & Keddie, A. (1986). Abstinence or controlled drinking in clinical practice: A test of the dependence and persuasion hypotheses. *British Journal of Addiction, 81*, 495–504.
Orford, J., Templeton, L., Velleman, R., & Copello, A. (2005). Family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems: A set of standardized questionnaires for assessing stress, coping and strain. *Addiction, 100*, 1611–1624.
Oscar-Berman, M., & Marinković, K. (2007). Alcohol: Effects on neurobehavioral functions and the brain. *Neuropsychology Review, 17*, 239–257.
O'Toole, T. P., Freyder, P. J., Gibbon, J. L., Hanusa, B. J., Seltzer, D., & Fine, M. J. (2004). ASAM Patient Placement Criteria treatment levels: Do they correspond to care actually received by homeless substance abusing adults? *Journal of Addictive Diseases, 23*, 1–15.
Pabst, A., Baumeister, S. E., & Krause, L. (2010). Alcoholexpectancy dimensions and alcohol consumption at different ages in the general population. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 71*, 46–53.
Paolino, T. J., Jr., McCrady, B. S., & Diamond, S. (1978). Some alcoholic marriage statistics: An overview. *International Journal of the Addictions, 13*, 1252–1257.
Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 147–171). New York: Oxford University Press.
Project MATCH Research Group. (1997a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol, 58*, 7–29.
Project MATCH Research Group. (1997b). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction, 92*, 1671–1698. Project MATCH Research Group. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22*, 1300–1311.
Raytek, H. S., McCrady, B. S., Epstein, E. E., & Hirsch, L. S. (1999). Therapeutic alliance and the retention of couples in conjoint alcoholism treatment. *Addictive Behaviors, 24*, 317–330.
Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., et al. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry, 45*, 1023–1031.
Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., & Hall, W. (1992). Development of a short "Readiness to Change" Questionnaire for use in brief opportunistic interventions. *British Journal of Addictions, 87*, 743–754.
Roman, P. (2013). Treatment for substance use disorders in the United States: An organizational technology perspective. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (2nd ed., pp. 597–621). New York: Oxford University Press.
Rose, S. J., Zweben, A., Ockert, D., & Baier, A. (2013). Interfaces of substance abuse treatment with other health and social systems. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (2nd ed., pp. 641–655). New York: Oxford University Press.
Rosenberg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological*

Bulletin, 113, 129–139.
Rosenthal, R. N. (2013). Treatment of persons with dual diagnoses of substance use disorder and other psychological problems. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (2nd ed., pp. 659–707). New York: Oxford University Press.
Rychtarik, R. G., Connors, G. J., Whitney, R. B., McGillicuddy, N. B., Fitterling, J. M., & Wirtz, P. W. (2000). Treatment settings for persons with alcoholism: Evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 277–289.
Rynes, K. N., McCrady, B. S., Morgan, T., Violette, N., & Pandina, R. (2012). *Need-service matching predicts drug use outcomes in comprehensive treatment for mothers in the child welfare system*. Unpublished manuscript.
Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Screening Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption—II. *Addiction, 88*, 791–804.
Sisson, R. W., & Azrin, N. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 17*, 15–21.
Skinner, H., & Allen, B. A. (1982). Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. *Journal of Abnormal Psychology, 91*, 199–209.
Slaymaker, V., & Sheehan, T. (2013). The disease model. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (2nd ed., pp. 451–481). New York: Oxford University Press.
Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2004). *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with family members*. New York: Guilford Press.
Smith, P. H., Homish, G. G., Leonard, K. E., & Cornelius, J. R. (2012). Intimate partner violence and specific substance use disorders: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychology of Addictive Behaviors, 26*, 236–245.
Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2003). Alcohol consumption measures. In J. P. Allen & V. B. Wilson (Eds.), *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers, second edition* (pp. 75–99), Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1995). *Alcohol Timeline Followback users' manual*. Toronto: Addiction Research Foundation.
Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2011). *Group therapy for substance use disorders: A motivational cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford Press.
Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 573–579.
Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 15–28.
Spear, S. F., & Mason, M. (1991). Impact of chemical dependency on family health status. *International Journal of the Addictions, 26*, 179–187.
Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV: Patient Edition (with Psychotic Screen—Version 1.0)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
Stinchfield, R., & Owen, P. (1998). Hazelden's model of treatment and its outcome. *Addictive Behaviors, 23*, 669–683.
Straus, M., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues, 17*, 283–316.
Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A., & Sellers, E. M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction, 84*, 1353–1357.
Thomas, E. J., Santa, C., Bronson, D., & Oyserman, D. (1987). Unilateral family therapy with the spouses of alcoholics. *Journal of Social Service Research, 10*, 145–162.
Thomas, E. J., Yoshioka, M., & Ager, R. D. (1996). Spouse enabling of alcohol abuse: Conception, assessment, and modification. *Journal of Substance Abuse, 8*, 61–80.
Tonigan, J. S., Miller, W. R., & Brown, J. M. (1997). The reliability of FORM 90: An instrument for assessing alcohol treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol, 58*, 358–364.

Vaillant, G. (1983). *The natural history of alcoholism*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Vaillant, G., & Milofsky, E. S. (1982). Natural history of male alcoholism: 4. Paths to recovery. *Archives of General Psychiatry, 39*, 127–133.

Walitzer, K. S., & Connors, G. J. (2007). Thirty-month follow-up of drinking moderation training for women: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 501–507.

Witkiewitz, K., Donovan, D. M., & Hartzler, B. (2012). Drink refusal training as part of a combined behavioral intervention: Effectiveness and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 440–449.

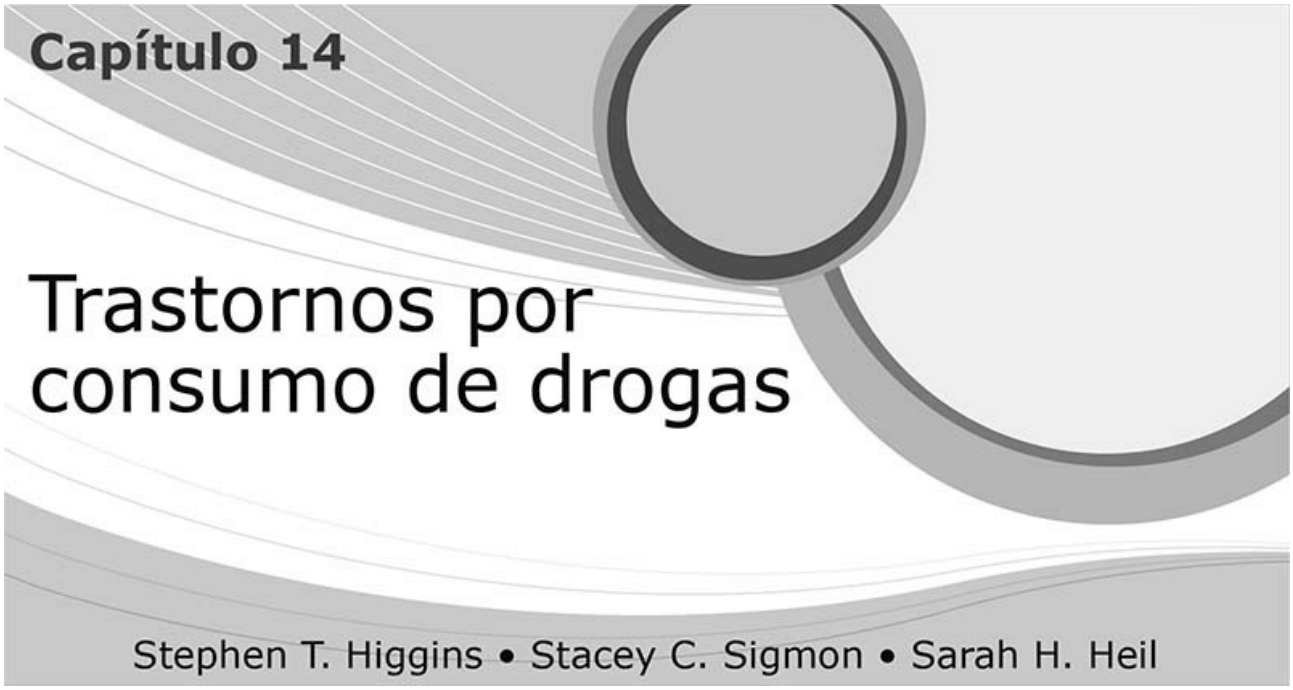
Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. *American Psychologist, 59*, 224–235.

Woodward, J. J. (2013). Alcohol. In B. S. McCrady & E. E.Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (2nd ed., pp. 135–154). New York: Oxford University Press.

Zimmerman, A., Lubman, D. I., & Cox, M. (2012). Tobacco, caffeine, alcohol and illicit substance use among consumers of a national community managed mental health service. *Mental Health and Substance Use, 5*, 287–302.

NOTAS

1. Una bebida estándar es igual a una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas o un trago de 1.5 onzas de licor de 86 grados (1 onza=28.3 g).
2. Todos los diálogos presentados en este capítulo son paráfrasis de los comentarios reales del terapeuta o el cliente.
3. Las transcripciones literales incluyen la forma en que los clientes pronunciaban todas las palabras.



En este capítulo se revisa el caso de "Bill", varón de 24 años con trastorno por consumo de cocaína que en condiciones normales se consideraría uno de los tipos de pacientes más difíciles para alguien que administra intervenciones psicológicas. Como es típico en esta población, Bill no sólo presentaba trastorno por consumo de cocaína, sino también de alcohol, problemas con el manejo de la ira, consumo desmesurado de cigarrillos y marihuana, ideación suicida y problemas interpersonales, sociales y ocupacionales importantes (incluyendo una prohibición para visitar a su hija de cinco años). El hecho de que Stephen T. Higgins y su equipo de colaboradores cercanos pudieran crear un protocolo de tratamiento para individuos como Bill -un protocolo con fuerte apoyo empírico- es en sí mismo un logro notable. Pero sólo quienes están familiarizados con este enfoque tienen una buena idea de la naturaleza multifacética de esta estrategia breve semiestructurada que incluye atención, no sólo a toda la gama de conductas adictivas sino también a las alteraciones del estado de ánimo, relaciones interpersonales y problemas para ganarse la vida. Es indudable que esas estrategias de tratamiento no disfrutarían del éxito que han logrado sin ese enfoque exhaustivo. El conocimiento de esta nueva generación de métodos psicológicos exitosos para el consumo de drogas será de gran utilidad incluso para clínicos o estudiantes que no trabajan directamente con conductas adictivas. D.H.B.

Los trastornos por consumo de drogas representan un problema de salud pública muy costoso y de alta prevalencia en EUA y prácticamente en todos los países industrializados. Para tener una idea del alcance del problema, se estima que en EUA 131.2 millones de personas de 12 años en adelante (51.4%) reportan consumo de alcohol actual (en los últimos 30 días), 69.6 millones (27.2%) informan de consumo de tabaco, y 22.7 millones (8.9%) reportan el consumo de drogas ilícitas (United States Department of Health and Human Services [USDHHS], 2012). Por supuesto, no todos los consumidores actuales sufren efectos adversos, pero una amplia proporción sufre de problemas considerables. Se estima que 22.2 millones (8.7%) de estadounidenses de 12

años en adelante cumplen los criterios formales para el diagnóstico de abuso o dependencia de drogas de la cuarta edición revisada del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) durante 2016, y 1.5 millones (0.6%) reportaron haber sido tratados por un problema relacionado con el consumo de drogas durante ese mismo año (USDHHS, 2012). Se calcula que los costos anuales asociados con esos problemas para la economía estadounidense excederán los $600 billones (Bouchery, Harwood, Sacks, Simon y Brewer, 2011; Centers for Disease Control and Prevention, 2008; U.S. Department of Justice, 2011).

Es claro que existe una enorme necesidad de tratamientos efectivos para los trastornos por consumo de drogas. Este capítulo se enfoca en tratamientos psicosociales para trastornos por consumo de drogas ilícitas.

Los tratamientos para problemas relacionados con el alcohol son analizados por McCrady (capítulo 13) y se cuenta con varias revisiones excelentes sobre tratamientos para trastornos por consumo de tabaco (p. ej., Kenford y Fiore, 2004; Schnoll y Lerman, 2006). Como el foco de atención de este texto son las intervenciones con base empírica, se revisan principalmente las terapias conductuales y cognitivo-conductuales. Dicho lo anterior, los tratamientos contemporáneos efectivos para trastornos por consumo de drogas a menudo conllevan la combinación de tratamientos psicológicos con medicamentos, lo que también se refleja en este capítulo. Se usa una intervención de elementos múltiples para ilustrar los detalles de la implementación del tratamiento, a saber, la aproximación de reforzamiento comunitario (ARC), más los cupones de intervención desarrollados por el grupo para el tratamiento ambulatorio de la dependencia de la cocaína. Por último, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2009) publicó 13 principios para el tratamiento efectivo del abuso de drogas ilícitas con base en más de 35 años de investigación y, cuando es pertinente, se mencionan esos principios en el capítulo (tabla 14-1).

Tabla 14-1. Principios del tratamiento efectivo
1. No hay un solo tratamiento que sea efectivo para todos los individuos.
2. Es necesario que el tratamiento sea fácilmente accesible.
3. El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo a su consumo de drogas.
4. El plan de tratamiento y servicios de un individuo debe ser evaluado continuamente y modificarse según sea necesario para asegurar que cumple las necesidades cambiantes del individuo.
5. Para que el tratamiento sea efectivo es fundamental permanecer en el mismo por un periodo adecuado (es decir, tres meses o más).
6. La consejería (individual o grupal) y otras terapias conductuales son componentes críticos de los tratamientos efectivos para la adicción.

7. Los medicamentos son un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, en especial cuando se combinan con consejería y otras terapias conductuales.
8. Los individuos adictos o que abusan de las drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deben recibir tratamiento para ambos trastornos de manera integral.
9. La desintoxicación médica es sólo la primera etapa del tratamiento de la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el consumo de la droga a largo plazo.
10. El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser efectivo.
11. Debe supervisarse continuamente el posible consumo de drogas durante el tratamiento.
12. Los programas de tratamiento deben ofrecer evaluación de VIH/SIDA, hepatitis B y C, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como consejería para ayudar a los pacientes a modificar o cambiar las conductas que suponen un riesgo de infección para ellos o para otros.
13. La recuperación de la adicción a las drogas puede ser un proceso de largo plazo y con frecuencia requiere múltiples episodios de tratamiento.

DEFINICIÓN DEL TRASTORNO CLÍNICO

Antes de seguir con las discusiones sobre el tratamiento, se analizan brevemente los criterios para diagnosticar los trastornos por consumo de drogas. En la investigación que se revisa en este capítulo se utiliza el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2010) y se planea usar el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) en futuros esfuerzos. El DSM-5, publicado en mayo de 2013, contiene un cambio importante respecto al DSM-IV-TR que vale la pena mencionar (O'Brien, 2011). Las categorías diagnósticas de abuso y dependencia presentadas en el DSM-IV-TR fueron reemplazadas en el DSM-5 por un único "trastorno por consumo de sustancias", un espectro que incluye los siguientes 11 síntomas (similares en gran medida a los presentados en el DSM-IV-TR): (1) consumo de la sustancia en cantidades mayores o por un periodo más largo de lo que se pretendía; (2) deseo persistente o esfuerzos fallidos de disminuir o controlar el consumo de la sustancia; (3) dedicar una gran cantidad de tiempo a actividades necesarias para obtener la sustancia; (4) deseos intensos; (5) incapacidad para cumplir las obligaciones principales; (6) consumo continuo de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes; (7) cese o reducción de actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes debido al consumo de la sustancia; (8) consumo de la sustancia en situaciones en que es físicamente peligroso; (9) continuar el consumo de la sustancia a pesar de que se sabe se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente fue causado o exacerbado por la sustancia; (10) tolerancia; y (11) abstinencia. El extremo más leve del espectro del trastorno (dos o tres síntomas) es comparable a la categoría de abuso menos severo en el DSM-IV-TR, mientras que el extremo más severo del espectro (seis o más síntomas) es equiparable a la categoría de dependencia más grave. En la investigación que se expone más adelante participaron individuos que caían en el extremo más severo o de "dependencia" del espectro.

La evidencia apoya el planteamiento de que, en promedio, los trastornos más severos por consumo de drogas se asocian con resultados más pobres del tratamiento. En la gravedad influyen, entre otros factores, la frecuencia del consumo, la cantidad consumida y la vía de administración, y factores sociodemográficos (p. ej., nivel educativo). Parece haber poca duda de la correlación positiva de esos factores con la cantidad de signos y síntomas inapropiados exhibidos luego de un periodo de consumo repetido de la droga y en que ameritan una atención cuidadosa en una evaluación diagnóstica. Por esas y otras razones, se ha encontrado que el DSM-IV-TR resulta útil en la evaluación de la gravedad de los trastornos por consumo de cocaína y de otras drogas, y se anticipa que la aproximación del espectro del DSM-5 será incluso de más utilidad a este respecto.

EVALUACIÓN

La evaluación exhaustiva es el primer paso esencial en el manejo clínico eficaz de los trastornos por consumo de drogas. En esta sección se resumen las prácticas de evaluación que se utilizan en la clínica de especialidad para individuos que cumplen los criterios del DSM-IV-TR para la dependencia de cocaína y que en el DSM-5 representarían el extremo más severo del espectro de trastornos por consumo de cocaína. El marco de la evaluación es relativamente genérico y puede aplicarse fácilmente a otros tipos de trastornos por consumo de drogas sustituyendo la información específica a la cocaína con la información pertinente al tipo de droga al que se refiera el trastorno correspondiente.

Todos los contactos clínicos iniciales son manejados por un recepcionista que establece que quien llama reporta problemas relacionados con el consumo de drogas, tiene 18 años o más y reside en el condado en que se localiza la clínica. En la clínica se ofrece un tratamiento intensivo que combina la aproximación de reforzamiento comunitario con cupones y requiere varias visitas a la clínica por semana. Las personas que viven fuera del condado a menudo no pueden seguir un programa tan demandante. Es posible atender un rango geográfico más amplio con otras intervenciones menos intensivas. Lo importante es establecer el rango geográfico en que resulta práctico ofrecer el tratamiento. Quienes no satisfacen los criterios básicos de inclusión son canalizados a una clínica alternativa apropiada. Quienes cumplen los criterios reciben una cita para una evaluación de ingreso.

Se hacen todos los esfuerzos posibles por programar la entrevista de evaluación de ingreso tan pronto como sea posible (Principio 2, tabla 14-1). Programar la entrevista dentro del lapso de 24 h a partir del contacto clínico disminuye significativamente el abandono entre el contacto clínico inicial y la entrevista de evaluación, que es un problema considerable entre las personas con un trastorno por consumo de drogas (Festinger, Lamb, Kirby y Marlowe, 1996). Algunos pacientes no pueden presentarse en el lapso de 24 horas, por lo que la meta secundaria es recibirlos dentro de 72 horas.

Se informa a los clientes que la entrevista de ingreso se llevará alrededor de tres horas. Esta sesión inicial es una de las más importantes. El personal de la clínica debe estar consciente del posible desasosiego del cliente y esforzarse para lograr que se sienta tranquilo; para tal fin es útil mostrar cortesía, felicitar a los clientes por dar este importante primer paso hacia el cambio, respetar el hecho de que algunos clientes pueden sentirse físicamente enfermos o incómodos por un consumo reciente de la droga y en consecuencia mostrar flexibilidad en relación con las demoras, entre otros. También puede ser de ayuda adaptarse a la necesidad de descansos breves, comida o bebida, o una llamada telefónica corta. En todas las interacciones se busca la empatía y comunicar un mensaje alentador de "Usted puede hacerlo".

Durante la evaluación de ingreso se recoge información detallada sobre el consumo de drogas; se evalúan la facilidad del tratamiento y el funcionamiento psiquiátrico, la condición laboral o vocacional, intereses recreativos, apoyos sociales actuales,

dificultades familiares y sociales, y problemas legales (principio 3 de la tabla 14-1). Los siguientes instrumentos que se usan para obtener dicha información se presentan en el orden en que suelen aplicarse, aunque dependiendo de la población tratada pueden hacerse modificaciones en esa lista. Se presenta sólo para dar un ejemplo de lo que se ha encontrado, un paquete efectivo de evaluación, junto con la fundamentación clínica asociada.

Cuestionarios autoadministrados

Se usan varios cuestionarios que pueden ser contestados por el cliente cuando llega a la clínica para la evaluación inicial de ingreso. El trabajador encargado de la admisión saluda al cliente, se presenta, lo lleva a una oficina privada y de forma breve, pero cuidadosa, le informa lo que puede esperar durante el proceso de admisión. Es esencial preguntar acerca de la capacidad de lectura del cliente antes de pedirle que responda los cuestionarios autoadministrados. Si hay duda respecto con la capacidad de lectura del cliente, se le pide discretamente que lea en voz alta varias preguntas para tener una idea de si puede completar las formas sin ayuda del personal. Esto debe hacerse con cuidado y consideración de la incomodidad que pueden sentir los malos lectores en tales circunstancias. A los lectores competentes se les da aproximadamente 45 minutos para llenar las formas.

También se pide a los clientes que llenen un breve cuestionario demográfico. Es importante obtener el domicilio y número telefónico actual del paciente, igual que el número de alguien que siempre sepa su paradero.

Esta información es importante para establecer contacto durante el tratamiento, a fin de comunicar posibles modificaciones en las sesiones programadas de terapia, para mantener el contacto por otros propósitos clínicos y para contactar a los clientes para las evaluaciones rutinarias de seguimiento después del tratamiento.

La Escala de Etapas de Disposición para el Cambio y para el Tratamiento *(Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* [SOCRATES], Miller y Tonigan, 1996) ofrece información sobre la percepción que tienen los clientes de la gravedad de sus problemas relacionados con el consumo de drogas y de su disposición a realizar conductas que lo disminuyan. Este cuestionario proporciona un índice cuantitativo de la motivación para cambiar, lo que puede ser un indicador importante de la disposición de los clientes a cumplir ciertas metas del tratamiento. Se usaron tres versiones de SOCRATES que se refieren a sustancias específicas (es decir, consumo de cocaína, alcohol y otras drogas) porque la motivación de los clientes para disminuir el consumo de sustancias suele ser específica a la droga. Por ejemplo, casi todos los que buscan tratamiento en la clínica están dispuestos a cambiar su consumo de cocaína, pero son más ambivalentes respecto con el consumo de alcohol o marihuana, que son las otras formas de consumo de drogas con las que se lidia con mayor frecuencia. El enfoque en la clínica es reforzar la acción que el paciente esté listo para emprender respecto con la cocaína y compartir de manera empática el conocimiento empírico sobre cómo influye el consumo de otras drogas en la probabilidad de descontinuar con éxito el consumo de

cocaína. Se le informa que la trayectoria con mayor probabilidad de éxito es abstenerse, por lo menos en el corto plazo, del consumo de cualquier sustancia intoxicante. El consumo de alcohol aumenta directamente la probabilidad de usar cocaína y predice un mal resultado. El consumo de marihuana, que no predice *per sé* un mal resultado respecto con el consumo de cocaína, se asocia con problemas propios.

Se usa una adaptación de la Prueba de Dependencia de Cocaína (Washton, Stone y Hendrickson, 1988) como una forma eficiente y sistemática de recabar información específica y de gran importancia concerniente a los efectos adversos de la cocaína experimentados por los clientes. Dicha información permite ayudar a los clientes a resolver problemas relacionados con las ventajas y desventajas del consumo de cocaína como parte de los esfuerzos por fomentar y mantener la motivación para cambiar durante el tratamiento.

Una proporción considerable de clientes con trastornos por consumo de drogas ilícitas también tienen problemas con la bebida, lo que hace esencial la evaluación de ese problema. Como parte la evaluación de problemas relacionados con el alcohol se utiliza la Prueba de Detección del Alcoholismo de Michigan (PDAM), un instrumento breve y de uso generalizado en la detección del alcoholismo (Selzer, 1971). Si se considera que casi todos los clientes que ingresan a tratamiento por abuso y dependencia de cocaína consumen alcohol y que aproximadamente 60% de ellos cumplen los criterios del DSM-IV-TR para un diagnóstico de dependencia del alcohol, la Prueba de Detección del Alcoholismo de Michigan resulta útil para identificar a esos clientes.

El estado de ánimo deprimido es otro problema común entre quienes buscan tratamiento para trastornos por consumo de drogas. Se usa el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer, Ball y Ranieri, 1996) para identificar la sintomatología depresiva y se vuelve a aplicar de manera regular para supervisar el progreso de los clientes que en el ingreso obtienen una puntuación en el rango clínico. Las puntuaciones promedio en el Inventario de Depresión de Beck-II de quienes ingresan a tratamiento por abusar de la cocaína caen en el rango clínico. Para la mayoría de los clientes, esas puntuaciones disminuyen de manera apresurada después de una o dos semanas de tratamiento, aunque no sucede con todos. Por consiguiente, es importante evaluar y monitorear con cuidado la sintomatología depresiva y canalizar al cliente o intervenir cuando los síntomas no remitan. También es importante evaluar y supervisar el riesgo de suicidio, en la clínica se realiza con un protocolo desarrollado en colaboración con el servicio local para la atención de crisis de salud mental.

También se usa el Inventario de Síntomas 90-Revisado (IS-90-R; Derogatis 1983) para una mejor detección de la sintomatología psiquiátrica y por su utilidad para determinar si se requiere una evaluación más profunda. Este inventario también puede volver a aplicarse para supervisar el progreso o cambio en la condición psiquiátrica.

Una vez que los clientes respondieron a esos cuestionarios autoadministrados, el equipo clínico se encarga de revisarlos para asegurarse de que se respondieron todas las preguntas y que la información parece coherente. Cualquier incongruencia evidente se resuelve con el cliente.

Descripción del programa

Es de utilidad separar los aspectos de la obtención de datos de la evaluación inicial entre el llenado de los cuestionarios autoadministrados y el inicio de las entrevistas estructuradas. En ese momento se proporciona una breve descripción del programa de tratamiento y su filosofía. Se da a los clientes la oportunidad de hacer preguntas o expresar cualquier preocupación que puedan tener. La meta es orientarlos sobre lo que sucederá en el tratamiento, crear una atmósfera de optimismo y ayudarlos a sentir esperanza de que pueden tener éxito en el tratamiento. Esta descripción e interacción suele ser breve (10 a 15 minutos). Después de que se han completado las entrevistas estructuradas un terapeuta proporciona explicaciones y descripciones más detalladas durante esta misma sesión de ingreso.

Cuando se hacen preguntas sobre el proceso de tratamiento, el encargado de la admisión ofrece respuestas breves e informa al cliente que un terapeuta se reunirá pronto con él/ella para darle mucha más información sobre el programa y la forma en que funciona.

Al brindar la descripción breve, el encargado de la admisión explica que el programa es confidencial y específicamente diseñado para personas que tienen problemas con la cocaína. Por obvias razones, el tema de la confidencialidad es algo que suele preocupar a los consumidores de drogas ilícitas. Se informa a los clientes sobre la duración total del tratamiento, la frecuencia y duración recomendadas de las visitas a la clínica, y la orientación y temas generales de atención del método de tratamiento (es decir, los cambios en el estilo de vida). Se explica que el propósito principal de esos cambios es lograr que los clientes descontinúen el consumo de cocaína y hagan cambios positivos que mejoren su satisfacción con la vida. Se proporcionan ejemplos de lo que podría ocurrir durante el tratamiento:

> "Si le interesa encontrar un empleo, los terapeutas le ayudarán a buscarlo, con un curriculum y transporte y apoyo telefónico si es necesario. Si desea regresar a la escuela, podemos auxiliarlo en la obtención de las solicitudes, acceso a financiamiento y ayuda, e incluso llevarlo a una entrevista si no tiene transporte. Si tiene problemas en su relación, puede tener acceso a consejería. Si no participa regularmente en ninguna actividad recreativa, tenemos muchas sugerencias y podemos incluso llevarlo a algunas de ellas, como baloncesto, tenis, pesca, canotaje, manualidades, clases, entre otras.
>
> También le ofrecemos entrenamiento en habilidades de afrontamiento. De modo que si tiene dificultades para controlar la ira, podemos enseñarlo a manejarla. Si tiene problemas económicos podemos ayudarlo a mejorar el manejo de sus finanzas. Si tiene dificultades por problemas conductuales de sus hijos, podemos ayudarlo a obtener ayuda para resolverlo. Si le cuesta trabajo relajarse, podemos trabajar en habilidades de relajación y manejo del estrés, y así sucesivamente".

El encargado de la admisión ofrece también una descripción muy breve del programa de

incentivos de la clínica:

> "También participará en nuestro programa de incentivos. En este programa puede obtener puntos que puede utilizar para apoyar sus metas si proporciona muestras de orina que estén libres de cocaína. Lo que eso significa es que, si se mantiene sobrio, acumula puntos que puede usar para pagar por actividades como ir al cine, inscribirse a un gimnasio, tomar una clase, comprar una caña de pescar, entre otras. Su terapeuta le contará más sobre esas cosas cuando se reúna con él/ella después de la entrevista".

Entrevistas semiestructuradas

Para facilitar la obtención de información sobre el consumo de drogas, actual y pasado, se utiliza una entrevista semiestructurada (desarrollada en la clínica) sobre la historia con la droga. La meta de la obtención de una historia del consumo de la droga es obtener información detallada relacionada con la duración, gravedad y patrón de consumo por parte del cliente, información que es esencial para la adecuada planeación del tratamiento. La exactitud del reporte que hace el cliente de su consumo (cantidad y frecuencia) es facilitado por medio de una técnica efectiva para la revisión del consumo reciente (es decir, la Entrevista de Seguimiento Retroactivo en la Línea de Tiempo; Sobell y Sobell, 1992; para una revisión vea el trabajo de Hjorthoj, Hjorthoj y Nordendoft, 2012). Usando un calendario como apuntador, se pide a los clientes que recuerden día tras día, cuántos días consumieron la droga en la semana anterior y la cantidad consumida en cada ocasión. La mejor métrica para determinar la cantidad de cocaína consumida suelen ser los gramos. La misma evaluación se realiza para las tres semanas anteriores y tan lejos en el tiempo como se requiera por razones diagnósticas. Esta técnica proporciona un buen resumen del patrón de consumo del cliente en los últimos 30 días. Para obtener una evaluación precisa de la historia de consumo de la droga el encargado de la admisión pide tantas aclaraciones como sea necesario. Los diagnósticos sobre el abuso y dependencia son hechos más tarde por psicólogos con grados de maestría o doctorado.

El Índice de Severidad de la Adicción (ISA; McLellan, Cacciola, Alterman, Rikoon y Carise, 2006) se diseñó para proporcionar evaluaciones confiables y válidas de múltiples problemas que suelen asociarse con el consumo de drogas, y una evaluación cuantitativa, con base en el tiempo, de la gravedad del problema en las siguientes áreas: consumo de alcohol y de drogas; empleo; y funcionamiento médico, legal, familiar, social y psicológico. La información proporcionada por este instrumento es de gran utilidad para desarrollar planes de tratamiento que incluyan metas que impliquen cambios en el estilo de vida. También es un instrumento útil para evaluar el progreso en un seguimiento, ya que se basa en el tiempo y arroja puntuaciones cuantitativas compuestas para múltiples áreas de problema. Para garantizar el uso adecuado del Índice de Severidad de la Adicción los encargados de su aplicación deben ser entrenados para ello (para mayor información sobre dicho entrenamiento vea *www.tresearch.org/training/asi_train.htm*).

Un Cuestionario de Evaluación de Necesidades Prácticas determina si el cliente tiene

necesidades apremiantes o crisis que puedan interferir con el compromiso inicial en el tratamiento (p. ej., de alojamiento, legales, transporte o cuidado de los niños). El encargado de la admisión hace preguntas específicas concernientes al alojamiento actual, cuidado de los niños, circunstancias legales, temas médicos y otras cuestiones que pudieran ser objeto de preocupación grave para el cliente. Se recaba información detallada sobre cualquier crisis señalada por el instrumento, con el propósito de identificar problemas que pudieran requerir atención clínica inmediata. La vida de muchos individuos que buscan tratamiento por su dependencia de drogas regularmente está en caos. La probabilidad de involucrar y retener a esos clientes en el tratamiento puede verse comprometida si no se brinda apoyo rápido en relación con ciertas necesidades agudas, lo que suele hacerse mediante canalizaciones a agencias de la comunidad que pueden brindarles ayuda.

Después de completar esas entrevistas, el encargado de la admisión informa a los clientes que se reunirán con su terapeuta en unos cuantos minutos. Durante un breve receso (de cinco a 10 minutos), el encargado de admisión llena la hoja resumida de ingreso para el terapeuta de este nuevo caso, junto con toda la información de apoyo. El personal de admisión se reúne brevemente con el terapeuta para revisar el caso. Los pacientes son presentados luego con sus terapeutas. No se permite nunca que un paciente deje la entrevista de ingreso sin una breve reunión con el terapeuta, de modo que pueda partir con el sentimiento de que inició el tratamiento y con planes concretos para abstenerse de consumir cocaína hasta la siguiente visita a la clínica.

En muchos sentidos, esta reunión inicial es una sesión de orientación para establecer rapport con el cliente y explicarle con más detalle la lógica del método de tratamiento. Eso permite que los clientes desarrollen expectativas claras acerca del tratamiento. Se continúa con el enfoque de "puede hacerlo", reconociendo que el cliente y el personal de la clínica tendrán que trabajar duro para lograrlo, pero transmitiendo un mensaje de mucha confianza en que puede alcanzarse el éxito trabajando juntos. Durante esta sesión, el terapeuta y el cliente empiezan a formular de manera colaborativa un plan inicial de tratamiento y se le informa que el riguroso programa de pruebas de orina es un componente central del tratamiento. Si parece que está indicado un medicamento, se dan los primeros pasos para poner en práctica los protocolos médicos relevantes para hacer que eso suceda. Con población dependiente de la cocaína se usa rutinariamente un régimen de terapia con disulfiram, monitoreado por el clínico para abordar el problema con el consumo de alcohol, que también reduce el consumo de cocaína (Carroll, Nich, Ball, McCance y Rounsaville, 1998). Recientemente se inició un régimen de terapia con naltrexona debido al incremento de la prevalencia de abuso de opioides de prescripción.

TERAPIAS CONDUCTUAL Y COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS

Marco conceptual

Las terapias conductual y cognitivo- conductual tienen fundamento en gran medida en los conceptos y principios del condicionamiento operante y respondiente (o condicionamiento clásico), así como en la teoría del aprendizaje social. Dentro de este marco conceptual, se considera que el consumo de drogas es una conducta aprendida mantenida, al menos en parte, por los efectos reforzantes de las acciones farmacológicas de las drogas, junto con el reforzamiento social y no farmacológico, derivado del estilo de vida relacionado con el abuso de éstas (Higgins, Heil y Lussier, 2004). La observación empírica confiable de que las drogas de abuso funcionan como reforzadores en humanos y en animales de laboratorio brinda un apoyo científico sólido a esa postura (Griffiths, Bigelow y Henningfield, 1980; Higgins *et al*., 2004). La cocaína, otros estimulantes psicomotores, etanol, opioides, nicotina y sedantes funcionan como reforzadores se los administran voluntariamente. Además, a través del condicionamiento respondiente y el condicionamiento operante, eventos ambientales que previamente fueron emparejados con el consumo de la droga de manera confiable dan lugar a la conducta de búsqueda de la misma. No se requiere de dependencia física para que esas drogas apoyen patrones continuos y estables de búsqueda y consumo voluntario en seres humanos o animales de laboratorio de otro modo saludables. Los elementos comunes no terminan aquí. Los efectos de las alteraciones en la disponibilidad de la droga, la dosis, el programa de reforzamiento y otras manipulaciones ambientales del consumo son sistemáticos y se generalizan en diferentes especies y tipos de droga de abuso (Griffiths *et al.,* 1980; Higgins *et al.,* 2004). Esos elementos comunes apoyan una posición teórica de que el reforzamiento y otros principios del aprendizaje son determinantes fundamentales del consumo, abuso y dependencia.

Entonces, dentro de este modelo conceptual se considera que el consumo de drogas es una conducta aprendida normal que cae en un continuo de frecuencia que va de patrones de bajo consumo y pocos problemas al consumo excesivo y muchos efectos inapropiados, incluyendo la muerte. Se asume que a lo largo del continuo operan los mismos procesos y principios del aprendizaje. Se considera que todos los seres humanos físicamente intactos poseen los sistemas neurobiológicos necesarios para experimentar el reforzamiento producido por la droga; por tanto, desarrollan patrones de consumo, abusos y dependencia de la droga. Dicho de otra manera, no es necesario que los individuos tengan características excepcionales o patológicas para que desarrollen abuso o dependencia de las drogas.

Es claro que características genéticas o adquiridas (p. ej., historia familiar de dependencia de sustancias, otros trastornos psiquiátricos) influyen en la probabilidad de desarrollar abuso o dependencia de las drogas (es decir, son factores de riesgo), pero este modelo asume que esas características especiales no son necesarias para que surjan esos trastornos.

El tratamiento está diseñado para contribuir a la reorganización de los ambientes físicos y sociales del consumidor. La meta es debilitar sistemáticamente la influencia del reforzamiento derivado del consumo de drogas y el estilo de vida relacionado con dicho consumo, e incrementar la frecuencia del reforzamiento derivado de actividades alternativas más saludables, en especial las que son incompatibles con la continuación del consumo de drogas. Más adelante se describen las categorías básicas de terapias conductuales y cognitivo-conductuales empíricamente probadas y eficaces para alcanzar esas metas generales (Carroll y Onken, 2005).

Intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales prototípicas y apoyo empírico a su eficacia

En el tratamiento de trastornos por consumo de drogas ilícitas se emplean por lo menos cuatro intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales prototípicas que tienen una base empírica (Carroll y Onken, 2005). En primer lugar está la terapia cognitivo-conductual y de prevención de recaídas, que ha demostrado ser eficaz en trastornos por consumo de cocaína, metanfetamina y otros tipos de drogas (p. ej., Carroll *et al.,* 1994; Rawson *et al.,* 2004; Reback y Shoptaw, en prensa). Por lo general, este enfoque implica entrenar a los clientes en el análisis funcional de modo que aprendan a identificar los antecedentes y consecuencias ambientales que influyen en su consumo de droga. Por lo general, el análisis funcional es acompañado por un entrenamiento en habilidades para reorganizar el ambiente y modificar la probabilidad de consumo de la doga, ya sea mediante la evitación de los escenarios de alto riesgo o su manejo adecuado cuando no pueda evitarse el contacto. Es común el uso de estrategias cognitivas para identificar y modificar expectativas poco realistas sobre el consumo de la droga, para afrontar los deseos intensos de consumirla y para cambiar los patrones de pensamiento que incrementan la probabilidad del consumo. En los casos en que los clientes han consumido drogas para enfrentar la ansiedad social o cuando el déficit de habilidades particulares limita su acceso a fuentes alternativas y más saludables de reforzamiento se incluye el entrenamiento de habilidades sociales (p. ej., Monti, Robsenow, Michalec y Abrams, 1997). Se incorpora el entrenamiento sistemático para prevenir las recaídas, enfatizando el uso intercambiable entre los términos "terapia cognitivo-conductual" y "terapia para la prevención de recaídas". Existe buena evidencia de que esta aproximación es eficaz en el tratamiento de trastornos por consumo de drogas ilícitas (consulte el metaanálisis de Irvin, Bowers, Dunn y Wong, 1999).

Segundo, el manejo de contingencias es una estrategia eficaz del tratamiento conductual cuyo uso es habitual en el tratamiento de trastornos por consumo de cocaína, opiáceos y otras drogas ilícitas (Higgins, Silverman y Heil, 2008), así como de otros problemas de salud conductual (vea la edición complementaria de Preventive Medicine sobre "Incentivos y Salud"; Higgins, Silverman, Sigmon y Naito, 2012). En el manejo de contingencias se hace uso sistemático de consecuencias reforzantes y punitivas para aumentar la abstinencia del consumo de drogas o para facilitar el cumplimiento de otras metas terapéuticas, como la asistencia al tratamiento o la adhesión al régimen de

medicamentos (Higgins *et al.,* 2008). Una forma particular de manejo de contingencias, en que los clientes reciben cupones que pueden intercambiar por artículos al menudeo de manera contingente a evidencia objetiva de abstinencia reciente de la droga, se ha convertido en una intervención común para clientes con trastornos por consumo de drogas ilícitas. Se conocen por lo menos dos metaanálisis que apoyan la eficacia del manejo de contingencias en pacientes en mantenimiento con metadona (Griffith, Rowan-Szal, Roark y Simpson, 2000) y, en general, en el tratamiento de trastornos por consumo de drogas (Lussier, Heil, Mongeon, Badger y Higgins, 2006).

Tercero, la entrevista motivacional, una intervención eficaz para bebedores problema (Vasilaki, Hosier y Cox, 2006), se usa cada vez con más frecuencia para tratar también los trastornos por consumo de drogas ilícitas. La entrevista motivacional es una intervención breve diseñada para facilitar el cambio conductual ayudando a los clientes a identificar valores y metas personales, examinar si el consumo de drogas puede estar en conflicto con esos valores y metas, y a explorar cómo resolver cualquier ambivalencia o conflicto entre las metas y valores personales y el consumo continuo de drogas (Miller y Rollnick, 2002). Los resultados sobre el uso de la entrevista motivacional en trastornos por consumo de drogas siguen siendo contradictorios (p. ej., Martino, Carroll y Rounsaville, 2006; Smedslund *et al.,* 2011).

Cuarto, la terapia conductual de pareja ha sido efectiva en el tratamiento de trastornos por consumo de drogas ilícitas, aunque no se ha investigado de manera tan amplia como en el caso de los trastornos por consumo de alcohol (Carroll y Onken, 2005; O'Farrell y Clements, 2012). Por lo general, la terapia enfatiza la importancia de mejorar las habilidades de comunicación, y enseña a las parejas a negociar el cambio en la conducta de cada uno para hacer que la relación resulte más reforzante. El tratamiento por lo regular incluye un contrato en que el cliente designado acepta abstenerse de consumir la droga y, o cumplir el régimen de medicamentos recomendado. También existe evidencia de que la consejería conductual familiar es eficaz en adolescentes con trastornos por consumo de drogas ilícitas (p. ej., Azrin, Donohue, Besalel, Kogan y Acierno, 1994), lo mismo que otras intervenciones de terapia familiar (p. ej., Henggeler, Pickrel, Brondino y Crouch, 1996; Liddle *et al.,* 2001).

Es una práctica común ofrecer tratamientos con elementos múltiples para trastornos por consumo de drogas ilícitas que incorporan muchas de las intervenciones específicas que se han descrito (p. ej., Bellack, Bennett, Gearson, Brown y Yang, 2006). De hecho, la combinación de la aproximación de reforzamiento comunitario con los cupones, que se usan para tratar la dependencia de cocaína, incorpora todas las intervenciones mencionadas, excepto las terapias familiares con adolescentes. Más adelante se describe la intervención que combina la aproximación de reforzamiento comunitario con los cupones y su implementación en el tratamiento de la dependencia de la cocaína. En relación con su eficacia, se mencionaron los metaanálisis que apoyan la eficacia de los cupones (Lussier *et al.,* 2006). Un metaanálisis apoya la eficacia de la aproximación de reforzamiento comunitario, con y sin cupones, en el tratamiento de trastornos por consumo de drogas (Roozen *et al.,* 2004) y en un ensayo con control aleatorio se

demostró que el componente de la aproximación de reforzamiento comunitario es un elemento activo del tratamiento que combina dicha aproximación con el uso de cupones (Higgins *et al.,* 2003).

Aproximación de reforzamiento comunitario más cupones

La duración recomendada de la terapia que combina la aproximación de reforzamiento comunitario con los cupones es de 24 semanas de tratamiento y 24 semanas de atención posterior al tratamiento (Budney y Higgins, 1998). Todavía no se examina experimentalmente la influencia de la duración del tratamiento con éste u otros tratamientos psicosociales eficaces para trastornos por consumo de drogas, pero por lo general se recomienda que la atención tenga una duración mínima de tres meses (principio 5, tabla 14-1).

En este modelo la terapia por reforzamiento comunitario se entrega en sesiones individuales, aunque también se ha empleado de manera eficaz en un formato de terapia de grupo con clientes dependientes del alcohol (Azrin, 1976). Como se mencionó, el tratamiento incluye dos componentes principales: la aproximación de reforzamiento comunitario y los cupones.

Aproximación de reforzamiento comunitario

Antes de revisar los elementos específicos de la aproximación de reforzamiento comunitario, vale la pena mencionar características más generales del estilo de terapia. Los terapeutas intentan ser flexibles en la programación de las citas y el establecimiento de metas, lo que facilita la retención en el tratamiento y el progreso a las metas objetivo. En particular en las etapas iniciales del tratamiento, los terapeutas tratan de organizar el trabajo en función de los horarios del cliente y facilitar en general la participación en el tratamiento. Se procura tolerar los retardos y la salida anticipada de las sesiones, ser flexibles en la hora del día en que se programan, e incluso reuniones con los clientes fuera del consultorio de ser necesario. Con los clientes especialmente difíciles las mejoras en esas áreas se vuelven parte del plan de tratamiento.

Los terapeutas deben exhibir empatía y buenas habilidades de escucha. Necesitan comunicar una comprensión sincera de la situación del cliente y sus dificultades inherentes. Durante el tratamiento, los terapeutas evitan hacer juicios de valor y en lugar de ello muestran genuina empatía y consideración por los retos difíciles que enfrentan los clientes.

Por último, la aproximación de reforzamiento comunitario requiere que terapeutas y pacientes desarrollen una actitud activa, de hacer que las cosas sucedan, durante el tratamiento. La solución activa de problemas es parte rutinaria de la relación terapéutica. Dentro de los límites éticos, los terapeutas se comprometen a hacer lo que se requiera para facilitar los cambios en el estilo de vida por parte de los clientes; por ejemplo, los llevan a citas o entrevistas de trabajo; los ayudan a iniciar actividades recreativas y programan sesiones a diferentes horas del día para cumplir metas específicas; les piden hacer llamadas telefónicas desde su consultorio y buscan en los diarios posibilidades de

empleo o ideas para actividades recreativas sanas en que los clientes puedan participar. En resumen, la consigna de los terapeutas que siguen la aproximación de reforzamiento comunitario es "Podemos hacerlo realidad" y hacen todo lo que está a su alcance para modelar ese enfoque para los pacientes.

La aproximación de reforzamiento comunitario se lleva a cabo dos veces por semana en sesiones de una hora a hora y media durante las primeras 12 semanas y en sesiones semanales de la misma duración durante las 12 últimas semanas del tratamiento. Las sesiones se enfocan en los siguientes siete temas generales, dependiendo de las necesidades del cliente individual.

Primero, se enseña a los clientes a reconocer los antecedentes y las consecuencias de su consumo de cocaína (es decir, la manera de hacer un análisis funcional) y a usar esa información para disminuir la probabilidad del consumo. Al cliente se le comunica un mensaje doble: (1) su consumo de cocaína es una conducta ordenada que ocurre más probablemente en algunas circunstancias que en otras, y (2) al aprender a identificar las circunstancias que influyen, el cliente puede desarrollar e implementar planes para disminuir la probabilidad de consumir la droga en el futuro. Los métodos para enseñar el análisis funcional se basan en el trabajo de Miller y Muñoz (p. ej., 2005) y de McCrady (capítulo 13 en este volumen), cuyos métodos son de uso generalizado en el tratamiento por abuso de sustancias.

Se usa la forma mostrada en la figura 14-1 para ayudar a los clientes a analizar instancias de su consumo de cocaína. Se explica lo siguiente:

			Consecuencias	
Desencadenante	Pensamientos y sentimientos	Conductas	Positivas	Negativas

Figura 14-1. Formato para el análisis funcional del consumo de sustancias.

"Un análisis funcional le permite identificar las causas inmediatas de su consumo de cocaína. Probablemente se ha percatado que consume la droga en ciertas situaciones pero no en otras. Las situaciones que nos rodean pueden controlar de manera poderosa el consumo de cocaína, en particular si no estamos conscientes de su influencia.

Algunas de las situaciones que pueden influir en el consumo de cocaína son personas con las que está, lugares a los que va, horas del día, la cantidad de dinero de que disponga, la cantidad de alcohol que haya consumido y cómo se siente. El primer paso para comprender su consumo de cocaína es identificar las situaciones en que es probable

que la use. A esto se le denomina identificación de sus "desencadenantes". También debe identificar las consecuencias de su consumo; es decir, identificar las consecuencias inmediatas, que suelen ser positivas (colocarse, divertirse), y las consecuencias demoradas, que suelen ser negativas (dilapidar su dinero, encuentros sexuales no deseados, peleas con su cónyuge). A medida que identifique los desencadenantes y las consecuencias descubrirá ciertos patrones en su consumo de cocaína que son blancos importantes de la intervención".

A los clientes se les asigna la tarea de analizar por lo menos tres episodios recientes de consumo de cocaína. En las sesiones iniciales del tratamiento se enfatiza el aprendizaje del análisis del consumo, aunque el ejercicio se usa durante todo el proceso de tratamiento para ayudar a los clientes a entender y modificar cualquier desliz en el consumo de cocaína así como a abordar los problemas con los deseos intensos de la droga.

En conjunto con el análisis funcional, se enseña a los clientes planes de automanejo para usar la información revelada en los análisis funcionales para disminuir la posibilidad de consumir la droga en el futuro. Mediante el uso de la hoja de planeación de automanejo que se muestra en la figura 14-2, se ayuda a los clientes a reestructurar sus actividades diarias a fin de minimizar el contacto con los antecedentes conocidos del consumo de cocaína, encontrar alternativas a las consecuencias positivas y hacer explícitas las consecuencias negativas del consumo de la droga.

1. Desencadenante	Planes	Consecuencias ±	Dificultad (1 a 10)
	a b c d e		

Figura 14-2. Hoja de planeación de automanejo. Tomado de Budney y Higgins (1998).

Una parte clave de la planeación de automanejo que se lleva a cabo con la mayoría de los clientes es el entrenamiento para rechazar la droga. La mayoría de quienes abusan de la cocaína e intentan dejarla tienen contacto, planeado o inadvertido, con individuos que la siguen consumiendo. Rechazar la cocaína o las oportunidades de ir a lugares donde pueden encontrarla es más difícil de lo que anticipa la mayoría de los clientes. Hay una aproximación a esto como un caso especial de entrenamiento de la asertividad (p. ej., McCrady, capítulo 13 en este volumen; Meyers y Smith, 1995). Los componentes clave del rechazo efectivo se muestran en la tabla 14-2. Los terapeutas deben explicar la lógica del entrenamiento de habilidades para rechazar la droga, involucrar al cliente en una discusión detallada de los elementos fundamentales del rechazo efectivo, ayudar al cliente

a formular su propio estilo de rechazo (incorporando los elementos clave), y representar en un juego de roles ciertas escenas en que se ofrece cocaína al cliente. Las situaciones del juego de roles deben ser muy específicas y realistas para el cliente en términos de la gente, momentos del día, ubicación, entre otros. Cliente y terapeuta deben alternar los roles, de modo que el primero tenga la oportunidad de practicar mientras recibe retroalimentación constructiva y el segundo tenga la oportunidad de modelar habilidades eficaces de rechazo.

Tabla 14-2. Componentes del rechazo efectivo
1. LA PRIMERA COSA QUE DIGA DEBE SER *No*.
2. Diga a la persona que le ofrece drogas o que lo invita a salir **que no le pregunte ahora o en el futuro** si quiere cocaína. Decir cosas como "Quizá luego" o "Tengo que llegar a casa" o "Estoy tomando medicamentos", y cosas similares, sólo hace probable que se lo pregunte de nuevo.
3. El lenguaje corporal es importante: **a.** Es importante hacer contacto visual; mire directamente a la persona cuando responda. **b.** Su expresión y tono deben indicar claramente que habla en serio.
4. Si quiere hacer otra cosa con esa persona, ofrezca una alternativa. Asegúrese de que eso es incompatible con el consumo de la cocaína (llevar a sus hijos a pasear o al parque, hacer ejercicio, etc.).
5. Cambie el tema de conversación.

Segundo, todos los clientes reciben instrucción para desarrollar una nueva red social que apoye un estilo de vida más sano y para involucrarse en actividades recreativas que puedan disfrutar y no impliquen el consumo de cocaína u otras drogas. Durante el tratamiento de la mayoría de los clientes es prioritario desarrollar y mantener contactos con redes sociales "seguras" y participar en actividades recreativas "sanas". Se establecen metas específicas del tratamiento y cada semana se monitorea el progreso en metas específicas (principio 4, tabla 14-1).

Es claro que los planes para desarrollar redes sociales y actividades recreativas saludables deben ser individualizados dependiendo de las circunstancias, habilidades e intereses de los clientes. Para los clientes que desean participar, los grupos de autoayuda (Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos) pueden ser una forma eficaz de desarrollar una nueva red de relaciones que apoyen un estilo de vida sobrio. Un miembro del personal de la clínica a menudo acompaña al cliente a la primera o las dos primeras reuniones en el grupo de autoayuda; aunque de ninguna manera se prescribe o enfoca exclusivamente en la participación en estos grupos de autoayuda. Se apoya a los clientes para que participen en una gran variedad de grupos sociales que refuerzan un estilo de vida sano (p. ej., grupos parroquiales). Miembros del personal de la clínica acompañan a los clientes que intentan realizar nuevas actividades saludables. Algunos clientes desean

reiniciar actividades en que participaban antes de involucrarse en el consumo de cocaína, o tienen una idea clara de qué actividades les gustaría realizar; a esos clientes se les ayuda a renovar o iniciar su participación en esas actividades. Muchos otros nunca participaron como adultos en actividades recreativas que no incluyeran drogas o simplemente no pueden identificar ninguna actividad que les gustaría realizar. En esos casos se busca que los clientes completen un inventario de intereses de esparcimiento que sugieran ideas sobre actividades que pueden haber disfrutado en el pasado o que les gustaría explorar. Se les anima a probar nuevas actividades incluso si no están seguros de que pueden disfrutarlas.

Como se describe más adelante, los cupones pueden usarse para solventar los costos de la participación en actividades recreativas y de otro tipo que promueven un estilo de vida saludable.

Tercero, se realiza un entrenamiento individualizado de habilidades para resolver las carencias de algunas habilidades específicas que pueden influir directa o indirectamente en el riesgo de consumo de cocaína de un cliente (p. ej., manejo del tiempo, solución de problemas, entrenamiento de asertividad, entrenamiento de habilidades sociales y manejo del estado de ánimo). Por ejemplo, para el éxito con las habilidades de automanejo y las metas sociales y recreativas que se revisaron es esencial cierto nivel de habilidades de manejo del tiempo. A todos los clientes se les entrega un planificador de actividades diarias para facilitar la organización. Como los clientes pueden perder u olvidar sus planificadores, es buena estrategia proporcionar fotocopias que abarquen la siguiente semana de tratamiento. Los terapeutas ofrecen la siguiente explicación:

> "En esta parte de su tratamiento aprenderá a planear, programar y priorizar los eventos y actividades de su vida. Resolver sus problemas con la cocaína requiere hacer cambios sustanciales en su estilo de vida, por lo que es importante desarrollar formas eficientes para lograrlo. Algunos pacientes dicen que no les gusta planear, que les gusta ser espontáneos. Pero si no encuentran una forma de programar y organizar su vida, a menudo se ven abrumados y no logran sus metas".

Durante el tratamiento se trabaja en alguna forma de manejo del tiempo con la mayoría de los clientes. En cada sesión se enfatiza la importancia de escribir un programa de actividades que ayude a promover la abstinencia de la cocaína entre las sesiones de terapia. La planeación de momentos de "alto riesgo" es particularmente importante. Se considera el uso de listas de "pendientes", la planeación diaria y la priorización de actividades.

Igual que en otros ejemplos de entrenamiento de habilidades, en el caso de los clientes cuya depresión continúa después de descontinuar el consumo de cocaína (vea el principio 8 de la tabla 14-1) se ponen en práctica protocolos para controlar la depresión (Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss, 1986; Muñoz y Miranda, 2000). En ocasiones se realiza entrenamiento de habilidades sociales y de relajación con individuos que reportan ansiedad social ante la idea de conocer a nuevas personas, salir en citas, entre otras

(Rodebaugh, Holaway y Heimberg, 2004). Muchos clientes reportan problemas persistentes de insomnio después de descontinuar el consumo de la droga, en esos casos se utiliza un protocolo que tiene fundamento en el desarrollado por Morin (2004). A menudo se trabaja con clientes en temas relacionados con el manejo de dinero. Con muchos clientes eso supone simplemente ayudarlos a organizar el depósito directo de su salario, de modo que no se sientan tentados a consumir porque tienen una gran cantidad de efectivo a la mano. Para otros, eso implica un plan para salir de deudas, lo que contribuye a disminuir el estrés. Como los clientes suelen enfrentar demasiados problemas para los que podría ser útil nuestra ayuda, seguimos la regla de tratar únicamente los que sentimos que afectan directa o indirectamente la probabilidad de la abstinencia inicial y a largo plazo de la cocaína para clientes individuales. Para ello se depende en gran medida del análisis funcional y de otra información disponible acerca del consumo de cocaína del cliente. En el caso de los problemas que no parecen estar relacionados con el consumo de cocaína, pero que ameritan atención profesional, por lo general se hace una canalización. El esfuerzo es mucho para mantener el tratamiento enfocado en resolver el problema del consumo de cocaína y en no ser desviados por otros problemas apremiantes que no tienen efecto directo o indirecto en el problema de la dependencia de la cocaína.

Cuarto, a los clientes desempleados se les ofrece ingresar a un Club de Empleos, que es un método eficaz para ayudar a los individuos crónicamente desempleados a encontrar un trabajo (manual del Club del Empleo; Azrin y Besalel, 1980). La mayoría de la gente que busca tratamiento por dependencia de la cocaína no tiene trabajo, por lo que se ofrece este servicio a muchos de los clientes. A otros se les ayuda a seguir metas educativas o nuevas trayectorias profesionales. Una vocación significativa es fundamental para un estilo de vida sano, y a todos los clientes se les recomiendan metas dirigidas al enriquecimiento vocacional. En la tabla 14-3 se resumen las reglas que se siguen para varios tipos comunes de problemas vocacionales.

Tabla 14-3. Ejemplos de establecimiento de metas en la consejería vocacional

Para el cliente desempleado: • Ocho contactos de trabajo por semana. • Elaborar un currículum. • Enviar dos currículos con una carta de presentación por día • Ir a la agencia de empleo dos veces por semana. • Inscribirse en un programa de entrenamiento para el empleo. • Inscribirse en un programa de exploración vocacional. • Tomar una clase relacionada con habilidades para el empleo. • Considerar y recabar información sobre posibilidades educativas.
Para el cliente que trabaja "demasiadas" horas o tiene un programa irregular • Mantener entre 35 y 50 horas de trabajo a la semana. • Establecer un programa más regular. • Explorar programas de trabajo alternativos.

Para la persona que trabaja en un ambiente de "alto riesgo" para el consumo de drogas o para el empleado insatisfecho:
• Considerar un cambio de empleo.
• Presentar solicitudes para empleos alternativos mientras se sigue trabajando.
• Modificar el ambiente de trabajo para disminuir el riesgo de consumir la droga o mejorar las condiciones de trabajo.
• Inscribirse en una clase para explorar una carrera.
• Inscribirse en clases de habilidades para el trabajo o en clases relacionadas con la carrera.

Quinto, a los clientes con parejas románticas que no abusan de las drogas se les ofrece terapia conductual de pareja, una intervención diseñada para enseñar a las parejas habilidades positivas de comunicación y a negociar contratos recíprocos para los cambios deseados en la conducta de cada uno. Se intenta proporcionar ocho sesiones de consejería sobre la relación, las cuatro primeras se ofrecen en semanas consecutivas y las cuatro siguientes en semanas alternadas. Se hace una introducción a este aspecto de la terapia con la siguiente explicación:

> "Como usted bien sabe, un área importante de su vida que se ve afectada negativamente por los problemas con la cocaína es la relación con su pareja. Quienes están cerca de la persona con el problema suelen ser los más afectados por esa situación. En muchos casos las parejas de individuos dependientes de la cocaína han intentado muchas veces de ayudar a su compañero a dejar el consumo, para lo cual emplean diversas estrategias. El enojo y la frustración suelen crecer y surgen sentimientos de desesperanza e indefensión. Algunas veces los intentos por ayudar son recibidos con resentimiento y enojo por el cónyuge con el problema.
> "En esta parte del tratamiento nos enfocamos en la forma en que el consumo de cocaína ha afectado su relación y en lo que podemos hacer para aumentar los aspectos positivos de la misma. También analizamos formas en que su pareja puede ayudarle a lograr o mantener la abstinencia. Esperamos poder ayudarle a lidiar de manera más efectiva con este problema con la cocaína.
> Hemos encontrado que donde existen problemas de abuso de drogas suele haber problemas de comunicación. Usualmente vemos que la comunicación está llena de enojo, silencio, apatía o resentimiento, y muchas veces las parejas tratan de satisfacer sus necesidades fuera de la relación. Para el momento en que los pacientes llegan a vernos queda poco, si acaso, placer en la relación".

La intervención involucra una serie relacionada de ejercicios. Los miembros de la pareja califican de manera independiente su nivel actual de felicidad en relación con las responsabilidades domésticas, crianza de los hijos, actividades sociales, dinero, comunicación, sexo y afecto, progreso académico, independencia personal, independencia del compañero, felicidad general. Esas calificaciones son compartidas y

analizadas y cada semana vuelve a hacerse la calificación para evaluar el progreso. A continuación se pone en práctica un sistema de "recordatorios diarios para ser agradable" (es decir, expresar aprecio y afecto hacia el cónyuge). La meta evidente es lograr que los miembros de la pareja se tomen el tiempo para ser positivos uno con el otro. Se espera que cada miembro de la pareja participe en la práctica diaria de tener gestos "amables" hacia su cónyuge y que lleve un registro diario de su cumplimiento de esta conducta, no del cumplimiento del cónyuge. Esa información se revisa y se comparte durante las sesiones. Después de que se establece cierto nivel de interacción positiva, los compañeros identifican de manera independiente lo que conllevaría una "relación perfecta" en términos de los elementos clave de su relación mencionados -cómo sería esa relación perfecta-. Finalmente, los miembros de la pareja empiezan a trabajar en el uso de habilidades de comunicación positiva para negociar los cambios recíprocos en la conducta de cada uno, a fin de avanzar hacia esa "relación perfecta". Los términos "positivo" y "recíproco" son aquí de fundamental importancia. Las peticiones se plantean exclusivamente en términos positivos y ambos miembros de la pareja deben estar dispuestos a hacer cambios.

Sexto, en las primeras etapas del tratamiento se ofrece educación sobre VIH/SIDA a todos los clientes, junto con consejería que aborda cualquier necesidad específica o conducta de riesgo del paciente individual (Herrmann *et al.,*2013). Con todos los clientes hablamos del potencial de adquirir VIH-SIDA por compartir material para inyecciones y a través de la actividad sexual. Esto involucra por lo menos dos sesiones. Primero, los clientes completan una prueba de conocimiento sobre VIH-SIDA, luego ven y discuten con su terapeuta un video sobre el tema. En la tabla 14-4 se muestran los puntos enfatizados por los terapeutas durante la discusión. También se proporciona a los clientes folletos sobre la prevención del VIH-SIDA y, si lo desean, condones gratuitos. La prueba de conocimiento sobre VIH-SIDA se repite y los errores que persistan se analizan y se resuelven. Por último, se da a los clientes información sobre la importancia de someterse a pruebas para detectar anticuerpos de VIH y hepatitis B y C (principio 12 de la tabla 13-1). El personal clínico ayuda a programar una cita para quienes están interesados.

Tabla 14-4. Puntos enfatizados en las discusiones sobre VIH/SIDA

1. El grupo de más rápido crecimiento del riesgo de contraer VIH/SIDA está compuesto por personas que usan drogas de administración intravenosa (IV) y sus parejas sexuales. Al inicio de la epidemia, este grupo constituía sólo una pequeña parte de quienes eran infectados, pero los números crecen con rapidez en el momento actual. ¡No sólo se infectan los hombres gay!
2. Revisar las tres formas en que se transmite el VIH: (a) a través del contacto sexual con una persona infectada, (b) a través de la sangre (p. ej., al compartir agujas), y (c) de las madres infectadas a sus bebés durante el embarazo o en el momento del nacimiento. Explicar que la forma más eficiente de transmisión del VIH es a través de la sangre (la sangre contiene la mayor concentración del virus) y que compartir agujas es una forma "fácil" para que el virus pase del sistema de una persona al de otra.
3. Enfatizar el punto de que la gente infectada con VIH no necesariamente parece enferma y podría ni

siquiera saber que está infectada. Nadie puede saber si una persona tiene el virus con sólo mirarla.
4. Si los clientes usan en la actualidad drogas administradas por vía intravenosa informarles, en el caso de que suelan compartir jeringas, que la única forma segura de hacerlo es usar agujas nuevas o limpiarlas si las siguen usando. Revisar los pasos necesarios para la limpieza apropiada de la jeringa.
5. Otra forma eficiente de transmitir o contraer el virus son las relaciones sexuales sin protección debido al intercambio de fluidos corporales (sangre, fluidos vaginales, semen, fluido preeyaculatorio). El sexo puede hacerse más seguro usando condones de látex para cada relación sexual (esto incluye el sexo oral, vaginal y anal).
6. Señalar que el consumo de alcohol y de otras drogas contribuye al riesgo debido a: (a) la posible supresión del sistema inmunológico, y (b) el deterioro del juicio, que puede dar lugar a que se corran más riesgos (p. ej., consumo de drogas, sexo sin protección).

Séptimo, a todos los clientes que cumplen los criterios del DSM-IV-TR para diagnóstico de dependencia del alcohol o que reportan que combinan el consumo de alcohol con el de cocaína se les ofrece terapia con disulfiram (principio 7 de la tabla 14-1), que forma parte integral del tratamiento de la aproximación del reforzamiento comunitario para alcoholismo (Meyers y Smith, 1995), y disminuye el consumo de alcohol y cocaína en clientes que dependen de ambas sustancias (Carroll *et al.,* 1998). Los clientes por lo general ingieren una dosis diaria de 250 mg, observada por el personal de la clínica los días en que se realiza la prueba de orina y, cuando es posible, por una persona allegada en los otros días. Se anima a los clientes a firmar un contrato sobre la administración de disulfiram que se muestra en la figura 14-3. La terapia con disulfiram sólo es efectiva cuando es acompañada por procedimientos para supervisar que se consume la dosis recomendada del medicamento. Se encontró que funciona muy bien hacer que el personal monitoree el cumplimiento del cliente los días que éste se reporta a la clínica. Hacer que una persona allegada supervise el cumplimiento en los otros días funciona bien si la persona apropiada puede hacerlo con la frecuencia necesaria. Cuando eso no es posible, en ocasiones se hace que el cliente ingiera una dosis mayor (500 mg) los días en que se presenta en la clínica y que salte la dosis en los días intermedios.

Yo _____ acepto tomar disulfiram en los horarios programados regularmente que se describen abajo. Acepto hacerlo durante _____ días. Después de ese tiempo acepto hablar con mi terapeuta y discutir si continúo o no tomando disulfiram. También acepto permitir que la persona designada abajo atestigüe la administración de disulfiram en los momentos programados.

Yo _____ acepto estar presente y presenciar cada administración en casa de disulfiram.

Horario: _____
Días: _____
Lugar: _____

En respuesta a que _____ tome disulfiram según lo programado, acepto _____ como medio de reforzar la toma de disulfiram.

_____ _____
Firma del paciente Firma de la pareja

_____ _____
Firma del terapeuta Fecha

Figura 14-3. Contrato de disulfiram.

En la aproximación del reforzamiento comunitario también se desalienta el consumo de sustancias distintas al tabaco y la cafeína. Cualquiera que cumpla los criterios del DSM-IV-TR para un diagnóstico de dependencia física de los opiáceos es canalizado a un servicio adjunto localizado en nuestra clínica para terapia de reemplazo con metadona o con otros opioides (vea el trabajo de Bickel, Amass, Higgins, Badger y Esch, 1997). Se recomienda la abstinencia de marihuana debido a los problemas asociados con su abuso, pero no se ha encontrado evidencia de que su consumo o dependencia tenga un efecto adverso en el tratamiento de la dependencia de cocaína (Budney, Higgins y Wong, 1996). Es importante señalar que nunca se rechaza o niega el tratamiento a un cliente por el consumo de otra droga. Se recomienda que cese el consumo del tabaco, pero por lo general no se hace durante el tratamiento por la dependencia de cocaína. Esa práctica puede cambiar a medida que la nueva investigación demuestre la posibilidad de integrar con éxito el tratamiento del tabaquismo con el tratamiento simultáneo para el abuso de otras sustancias o trastornos de dependencia.

Al completar las 24 semanas de tratamiento, se alienta a los clientes a participar durante seis meses en una etapa posterior de atención en nuestra clínica, lo que involucra por lo menos una sesión mensual de terapia breve y una detección toxicológica en orina. En los casos que terapeuta o cliente lo consideren necesario, se recomienda un contacto más frecuente con la clínica. Esas visitas a la clínica podrían considerarse sesiones de refuerzo para supervisar el progreso y tratar problemas vinculados con el consumo de cocaína u otros aspectos de los cambios en el estilo de vida iniciados durante el tratamiento. También permiten una terminación gradual en lugar de abrupta de la relación del cliente con la clínica.

Programa de cupones

Como se mencionó, el programa de cupones es una intervención de manejo de contingencias diseñada para mejorar la retención y la abstinencia. Muchos individuos que dependen de la cocaína y de otras drogas llegan a tratamiento con su vida hecha un caos. Una suposición razonable es que se necesitará cierto tiempo para ayudarlos a estabilizar y reestructurar su vida de modo que las fuentes naturales de reforzamiento para la abstinencia puedan ejercer cierta influencia sobre su conducta. Una opción es un ambiente protegido, pero el programa de cupones parece una alternativa menos costosa. La meta es lograr que este programa de incentivos juegue un papel importante en las 12 semanas iniciales del tratamiento, tiempo durante el cual opera también la terapia de reforzamiento comunitario. Esta aproximación ayuda a los clientes a reestructurar su estilo de vida, de modo que puedan operar reforzadores naturales que mantengan la abstinencia de la cocaína una vez que se descontinúan los cupones.

El programa de cupones es puesto en práctica junto con un riguroso programa de monitoreo de la orina (principio 11 de la tabla 14-1). Se pide a los pacientes que firmen un Contrato de Abstinencia (figura 14-4) que describe el programa de cupones y el programa de pruebas de orina. Durante las semanas 1 a 12 está programada la recolección de muestras de orina de todos los participantes los lunes, miércoles y viernes, y en las semanas 13 a 24 del tratamiento la recolección se hace los martes y jueves. Las muestras son analizadas de inmediato por medio de una técnica de inmunoensayo enzimático multiplicado (EMIT, Syva Company, San Jose, CA) aplicado en sitio para minimizar la demora en la entrega de reforzamiento por las muestras negativas para cocaína. Para disminuir la probabilidad de que se entreguen muestras falsas, toda la recolección de muestras es observada por un miembro del personal del mismo sexo quien se reserva siempre el derecho a solicitar otra muestra si tiene alguna duda concerniente a la integridad de una muestra. Todas las muestras son analizadas para detectar la presencia de benzoilecgonina, un metabolito de la cocaína, y cada semana se analiza una muestra elegida al azar para detectar la presencia de otra droga de abuso. Los niveles de alcohol en el aliento (NAA) se evalúan en el momento en que se recaban las muestras de orina. No entregar una muestra programada se considera como un resultado positivo para cocaína. Al cabo de varios minutos de haber entregado las muestras, se informa a los participantes sobre los resultados de sus pruebas de orina y de alcohol en el aliento.

Este es un acuerdo entre _____ (el cliente) y _____ (el terapeuta) para ayudar al cliente a mantener la abstinencia de la cocaína. Por este acuerdo instruyo a mi terapeuta para que elabore para mí un programa de obtención de muestras de orina durante 24 semanas. Durante las 12 primeras semanas del tratamiento entregaré muestras de orina tres veces por semana, los lunes, miércoles y viernes. En la segunda serie de 12 semanas del tratamiento (semanas 13 a 24) las muestras de orina se recogerán dos veces por semana los lunes y jueves. Un miembro del personal de la clínica del mismo sexo que yo observará la micción. La mitad de la muestra de orina se entregará para un análisis inmediato y la otra

mitad será guardada en la clínica. Las muestras serán analizadas para detectar diversas drogas de abuso entre las cuales están cocaína, anfetaminas, opioides, marihuana y sedantes.

La obtención de cada muestra requiere 3.0 onzas de orina. Si la cantidad es insuficiente para el análisis, se considerará una omisión en la entrega de la muestra programada.

Si debo salir de la ciudad por una emergencia, informaré a mi terapeuta antes de mi viaje. Mi terapeuta está autorizado a verificar esas ausencias con _____. Si requiero hospitalización, mi terapeuta hará los arreglos para obtener la orina en el hospital. Si estoy enfermo y no requiero hospitalización, haré los arreglos para entregar las muestras de orina programadas. Si tengo problemas con el transporte o si el mal clima me hace difícil viajar, (con la ayuda del personal de la clínica) encontraré la manera de acudir a la clínica para la obtención de la orina. En el caso de las fiestas importantes en que la clínica estará cerrada, mi terapeuta y yo acordaremos mutuamente modificar en esas ocasiones los programas para la entrega de las muestras.

Si se me prescribe alguna de las drogas de las que abuso en ocasiones por razones médicas apropiadas, le entregaré a mi terapeuta la copia de esa receta. La aparición de esa droga en la orina no contará como una recaída en el consumo de la droga. Por la presente instruyo a mi terapeuta a comunicarse por correo o por teléfono con el médico o dentista que hizo la prescripción cuando considere que esa acción es conveniente.

Muestras de orina libres de cocaína: por cada muestra de orina negativa para cocaína entregada durante las semanas 1 a 12 del tratamiento, se obtendrán puntos. El valor de cada punto será equivalente a 25 centavos de dólar, aunque **no** pueden intercambiarse directamente por efectivo. Después de entregar una muestra negativa para cocaína, se me entregará un cupón que especifique el valor obtenido en puntos, así como los puntos acumulados a la fecha y su equivalente monetario.

Durante las 12 primeras semanas de tratamiento, la primera muestra de orina libre de cocaína obtendrá 10 puntos y cada muestra consecutiva libre de cocaína obtenida después obtendrá un incremento de cinco puntos por arriba de la cantidad obtenida previamente. Por ejemplo, si se reciben 10 puntos en la muestra de orina libre de cocaína entregada el miércoles, la muestra libre de cocaína del viernes obtendrá 15 puntos, la del lunes 20 puntos y así sucesivamente. Como un incentivo adicional por permanecer libre de cocaína, se obtendrá un bono de $10 por cada semana que se entreguen en nuestra clínica tres muestras consecutivas de orina libres de cocaína. Suponiendo que no se obtuvieron muestras de orina positivas para cocaína, durante las 12 primeras semanas de tratamiento puede obtenerse el equivalente monetario de $997.50. Dado que el programa hace énfasis en los cambios en el estilo de vida que incrementen principalmente las actividades que compitan con el abuso de drogas, el dinero obtenido en este sistema de incentivos debe utilizarse en bienes y actividades sociales o recreativas acordadas entre mi terapeuta y yo. Para este propósito se ha desarrollado una lista de usos aceptables de los cupones que será compartida conmigo. Durante la segunda serie de 12 semanas de tratamiento cambiará el programa de incentivos. En lugar de obtener cupones por muestras negativas para cocaína, obtendré boletos de lotería por muestras limpias.

Durante las 24 semanas de tratamiento, inmediatamente después de que los resultados de la prueba de orina indiquen que la muestra es negativa para cocaína, sucederá lo siguiente. Se entregarán los cupones (semanas 1 a 12) o los boletos de lotería (semanas 13 a 24). Después de la presentación de cada cupón se me preguntará si quiero "comprar" algún bien o servicio. Los cupones pueden utilizarse en cualquier momento durante el programa de 24 semanas. Los cupones obtenidos no se me pueden retirar bajo ninguna circunstancia. El procedimiento para lidiar con las muestras de orina positivas para cocaína se

describe a continuación.

Orina positiva para cocaína: Todas las muestras serán analizadas para detectar el consumo de drogas. Se llevará un registro de todas las drogas detectadas, aunque este contrato sólo estará vigente para la cocaína. Por cada muestra de orina que dé positivo para cocaína, no recibiré un cupón.

Además, el valor del cupón que se obtenga por la siguiente muestra de orina libre de cocaína regresará a 10. Para reajustar el valor del cupón al valor que tenía antes del "tropezón" con la cocaína debo proporcionar cinco muestras **consecutivas** libres de cocaína. La quinta muestra "limpia" me entregará entonces el mismo equivalente monetario al que había adquirido por la muestra previa a la que dio positivo para cocaína, y el sistema descrito antes seguirá en efecto (es decir, cada muestra limpia obtendrá cinco puntos más que la anterior).

Incumplimiento en la entrega de la muestra de orina: No entregar una muestra de orina en la fecha designada (sin la aprobación previa de mi terapeuta) se considerará como una muestra positiva para cocaína y entrarán en efecto los procedimientos anotados antes. Aunque el personal de la clínica hará el intento de obtener la muestra viniendo a mi casa (por supuesto con mi autorización), las muestras de orina negativas para cocaína que se obtengan de esta manera no obtendrán puntos pero tampoco regresarán el valor de mi cupón a 10. En efecto, las muestras negativas para cocaína obtenidas fuera de la clínica (excepto en el caso de hospitalización) son "neutrales". Por otro lado, si el personal de la clínica obtiene una muestra mía fuera de la clínica y la muestra es positiva para cocaína, será tratada de la misma manera descrita antes para las muestras de orina positivas para cocaína.

Mi firma abajo reconoce que estoy de acuerdo con el sistema de pruebas de orina descrito antes. Este sistema me ha sido explicado detalladamente y entiendo el resultado de proporcionar muestras de orina negativas y positivas para cocaína mientras sea cliente de la clínica.

Cliente _____

Fecha_____

Terapeuta _____

Figura 14-4. Contrato de abstinencia en las muestras.

Las muestras de orina obtenidas en las semanas 1 a 12 con un resultado negativo para benzoilecgonina obtienen puntos que se registran en cupones que se entregan a los participantes. Cada punto tiene un valor equivalente a 25 centavos de dólar. Nunca se entrega directamente el dinero a los clientes; los puntos se utilizan para comprar objetos al por menor en la comunidad. Un miembro del personal hace todas las compras. La primera muestra negativa tiene un valor de 10 puntos que equivalen a $2.50. El valor de los cupones para cada muestra negativa consecutiva se incrementa en cinco puntos (segunda muestra = 15 puntos, tercera muestra = 20 puntos, así sucesivamente). Para aumentar aún más la probabilidad de que se mantenga la abstinencia de la cocaína, se obtiene el equivalente a un bono de $10 por cada tres muestras negativas consecutivas. Una muestra que sea positiva para cocaína o el hecho de no entregar una muestra

programada regresa el valor de los cupones al valor inicial de $2.50, a partir de lo cual puede volver a aumentar de acuerdo con el mismo programa. La entrega de cinco muestras consecutivas negativas para cocaína después de la entrega de una muestra positiva regresa el valor de los puntos al valor que tenían antes del reajuste. Los puntos no pueden perderse una vez que se adquieren.

Pacientes y terapeutas eligen juntos los bienes y productos que pueden obtenerse con los puntos; estos suelen ser muy diversos, como pases a YMCA, materiales para continuar sus estudios, licencias de pesca, certificados de regalo para restaurantes locales, materiales para pasatiempos, entre otros. Los terapeutas conservan el poder de veto sobre todas las adquisiciones. Las compras sólo son aprobadas si los terapeutas consideran que están en sintonía con las metas individuales del tratamiento de incrementar actividades saludables libres de drogas.

El programa de cupones se descontinúa al final de la semana 12. Durante las semanas 13 a 24 los participantes reciben un solo boleto de $1.00 de la Lotería Estatal de Vermont por cada prueba de orina negativa para cocaína. Durante las 24 semanas de tratamiento, los pacientes pueden obtener un máximo de $997.50 en cupones durante las semanas 1 a 12 y $24 en boletos de lotería durante las semanas 13 a 24. En el periodo recomendado de seis meses de atención posterior al tratamiento no se entregan incentivos materiales. Se cuenta con evidencia sólida de la eficacia de los cupones con un valor de apenas unos cientos de dólares entregados en el curso de las 12 semanas de tratamiento, aunque la magnitud del efecto del tratamiento disminuye significativamente conforme se reduce el tamaño del incentivo (Lussier *et al.,* 2006).

Inicio de la terapia

Además de conocer al cliente y establecer rapport, el terapeuta debe realizar muchas tareas durante las dos primeras sesiones (en la primera semana) de tratamiento. Esas sesiones son cruciales para aumentar la motivación y establecer el tono del tratamiento, por lo que durante las sesiones iniciales de la terapia se ofrecen descripciones detalladas de las tareas específicas a realizar.

Como se mencionó, las primeras áreas que se tocan son las pruebas de orina y el uso que se hace de sus resultados. Al empezar la sesión con la evaluación directa del consumo de cocaína el terapeuta manda un claro mensaje de que el tema de este tratamiento es el trastorno por consumo de cocaína.

Después de hablar sobre el consumo de cocaína y la obtención de cupones, el terapeuta debe asegurarse de que el cliente completó todos los materiales de ingreso. En este punto también puede responder cualquier nueva pregunta que pueda tener el cliente.

Si la asistencia al tratamiento es dificultada por necesidades prácticas como alojamiento, transporte o cuidado de los niños, esas necesidades deben atenderse en la primera sesión. Los terapeutas deben hacer todo lo posible por ayudar a los clientes a encontrar solución para esos problemas.

El terapeuta debe discutir actividades o estrategias alternativas para afrontar situaciones de alto riesgo para el consumo de cocaína, en especial las situaciones que probablemente

surjan en la semana siguiente. Como se mencionó, hacer que el cliente utilice agendas o fotocopias proporcionadas por la clínica es muy útil para programar planes o actividades alternativas. También debe programarse la siguiente sesión y el cliente debe registrar en la agenda el día y la hora.

El terapeuta debe empezar a formular un plan de tratamiento exhaustivo, con metas y métodos específicos. Puede introducir esta tarea de la siguiente manera:

> "Un plan de tratamiento permitirá anotar las cosas que usted y yo pensemos que es importante lograr y la forma en que trataremos de alcanzarlas. Usaremos el plan para mantenernos enfocados en la tarea a mano, es decir, en hacer cambios en su estilo de vida que lo ayuden a dejar de consumir cocaína y otras drogas, y que aumenten su satisfacción con otras áreas importantes de su vida. El plan de tratamiento será desarrollado a través de un esfuerzo colaborativo entre usted y yo. Es importante que piense que las metas que establecemos son importantes y que le ayudarán a conseguir lo que quiere en la vida. Mi trabajo en este proceso es ayudarlo a idear metas importantes y efectivas, y ofrecerle consejo basado en mi conocimiento y experiencia en el tratamiento de personas con problemas relacionados con el consumo de cocaína y de otras drogas".

El terapeuta debe entonces presentar ideas de qué áreas de la vida del cliente necesitan cambios. Para cada cambio sugerido es importante que el terapeuta proporcione una justificación basada en la información obtenida del cliente, así como en los hallazgos empíricos y en la experiencia clínica. A eso debe seguirle una discusión e intercambio de ideas abierto.

Si el cliente se muestra reacio a participar, el terapeuta debe preguntar lo que piensa sobre cada área potencial de cambio. Puede facilitar la participación del cliente con preguntas como "¿Qué le parece?" "¿Qué piensa de esto?", "¿Tiene esto sentido para usted?" y "¿Es posible este tipo de cambio?" Es importante que terapeuta y cliente estén de acuerdo en qué áreas de la vida presentan problemas y deben ser cambiadas. Si un cliente está en desacuerdo con la opinión del terapeuta, esas áreas deben ser omitidas y, de seguir planteando problemas, analizadas más tarde en el tratamiento.

Después de acordar las áreas de cambio, terapeuta y cliente deben discutir cada una. Los terapeutas deben usar habilidades de escucha activa (reflexión y empatía) y tratar de mantener la atención en esas áreas específicas. Deben informar a los clientes que en cada sesión se concentrarán en esas áreas problemáticas. El progreso y los problemas se discuten de manera abierta, y cliente y terapeuta deciden juntos adiciones y supresiones al plan.

A continuación, terapeuta y cliente deciden juntos el orden en que deben abordarse esas áreas problemáticas, recordando siempre que la meta principal es incrementar la abstinencia de la cocaína. El acuerdo mutuo es importante y es posible que el terapeuta necesite transigir para alcanzar ese acuerdo.

Luego deben establecerse metas específicas para cada área problemática. Es

importante que el terapeuta fundamente dicha tarea:

> "Es importante establecer metas específicas. Ellas nos ayudarán a mantenernos enfocados en los cambios principales que acordamos que son importantes para que deje de consumir la droga y obtenga un estilo de vida más satisfactorio sin los fármacos. Las metas específicas también nos darán una forma de medir el progreso. Esto es muy importante porque muchas veces el progreso puede ser lento y quizá sienta que no va a ninguna parte. En realidad, es posible que esté logrando hacer cambios pero que no sienta gran diferencia. La información sobre metas específicas nos ayudará a ver con más claridad si nos dirigimos a la dirección correcta, incluso si el progreso es lento.
>
> "Esta información también puede mostrar los momentos en que su progreso no sea el planeado y puede llevarnos a reconsiderar la meta o a encontrar otras formas de alcanzarla. Llevar el registro del progreso en metas específicas también nos brinda un recordatorio para recompensarlo o elogiarlo por su esfuerzo. Suele ser difícil hacer cambios en el estilo de vida. También nos gustaría que aprenda a sentirse satisfecho y asumir el crédito por las cosas que está haciendo bien".

Esas metas deben ser cuantificables de modo que pueda graficarse el progreso. Los objetivos del cambio deben establecerse en las áreas de prioridad incluidas en el plan de tratamiento y categorizadas como metas primarias o secundarias de cambio conductual. Algunos ejemplos de metas comunes son los siguientes:

- Cinco contactos de empleo por semana o hacer una cita para rehabilitación vocacional.
- Involucrarse en tres actividades recreativas cada semana durante los momentos de crisis.
- Dedicar cada semana cuatro horas a actividades divertidas con un amigo o familiar.
- Asistir a clase una noche cada semana.
- Hacer dos horas de tarea para obtener un diploma de equivalencia general.
- Planear y realizar actividades con una persona que no consuma drogas en las noches en que solía consumir cocaína.

Las decisiones sobre esas metas deben ser tomadas en conjunto por terapeuta y cliente, siguiendo los principios básicos del establecimiento efectivo de metas:

- Al principio establecer metas relativamente bajas, de modo que el cliente pueda experimentar pronto el éxito.
- Analizar cuidadosamente todas las posibles barreras a la obtención de las metas seleccionadas, de modo que se eviten las metas poco realistas.
- Asegurarse de que el cliente entiende cómo se relaciona una meta con el plan general de tratamiento.

Es esencial maximizar la probabilidad de que el cliente llevará a cabo el cambio conductual deseado. Es responsabilidad del terapeuta usar el estilo apropiado de consejería y los procedimientos conductuales para aumentar la probabilidad de cumplimiento con la conducta establecida como objetivo.

El plan de tratamiento debe actualizarse de manera regular porque la planeación del tratamiento es un proceso de revaloración, evaluación y cambio constante con base en índices objetivos de progreso (principio 4 de la tabla 14-1). Cliente y terapeuta juntos deben revisar, discutir y evaluar con frecuencia el plan de tratamiento a medida que se alcancen las metas, que falle la intervención, o que se disponga de nueva información. Esos cambios también deben revisarse en las reuniones regulares de supervisión clínica.

La implementación del plan de tratamiento, supervisión del progreso y modificación y actualización del plan de tratamiento de acuerdo con las necesidades, progreso y problemas del cliente son el meollo del resto del capítulo.

Supervisión clínica

En nuestra clínica la supervisión es realizada por psicólogos con doctorado y experiencia en la psicología conductual y el tratamiento del abuso de sustancias. Los supervisores ofrecen información importante sobre los planes de tratamiento y la selección de objetivos para el cambio conductual; también ofrecen orientación sobre cómo monitorear el progreso.

La supervisión se realiza semanalmente en sesiones que por lo general duran de dos a tres horas y durante las cuales se revisan todos los casos. Los terapeutas informan al supervisor y a otros terapeutas de la clínica sobre el progreso de cada paciente con base en las metas específicas del tratamiento y en si se ha hecho algún progreso desde la última reunión de supervisión. El progreso se presenta gráficamente para todas las metas.

En este modelo, el estilo del supervisor debe mantener un equilibrio de apoyo, retroalimentación, solución de problemas e instrucción. Dado que la combinación del reforzamiento comunitario con cupones requiere una aproximación terapéutica activa que puede ser laboriosa, el supervisor debe fungir como fuente estable de apoyo, aliento y dirección en la implementación del plan de tratamiento.

En la revisión de los casos se sigue un protocolo fijo. Primero, la revisión empieza con el examen de una gráfica de los resultados de las pruebas de orina del paciente desde el inicio del tratamiento. Segundo, se revisa el consumo de alcohol o de cualquier otra droga que sea objetivo de cambio. Luego se revisa la asistencia a las sesiones de terapia, y las metas primarias y secundarias para los cambios en el estilo de vida. Una vez que se revisaron y modificaron los objetivos del tratamiento según fuese necesario, se discuten las crisis recientes o problemas clínicos relevantes, como la ideación suicida o conductas problemáticas recién identificadas.

Las metas y objetivos del tratamiento pueden cambiar en cualquier momento de la terapia. Los cambios en las metas pueden ser causados por la obtención de las metas previas, la imposibilidad de avanzar hacia una meta específica y la indicación clara de que la meta no se relaciona funcionalmente con el consumo de cocaína.

IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO CON REFORZAMIENTO COMUNITARIO Y CUPONES: ESTUDIO DE CASO

En esta sección se revisa el caso de un cliente tratado en la clínica con un método que combina el reforzamiento comunitario con cupones. Se eligió este caso porque ilustra bien varios de los aspectos relacionados con el uso de este método de tratamiento. El resultado fue bastante bueno, aunque ciertamente no perfecto, lo que es de esperar en esta población. El caso también ilustra los problemas multifacéticos que presentan los clientes que dependen de la cocaína.

Bill, estadounidense de origen europeo, de 24 años y soltero (nunca casado), llegó por sí solo a la clínica en busca de ayuda para sus problemas relacionados con el consumo de cocaína. Bill había vivido con un amigo, que también consumía cocaína, hasta unas semanas antes de la entrevista de ingreso, cuando se mudó con sus padres. Tenía una hija de cinco años que vivía con una pareja romántica de la que estaba separado. En la actualidad no tenía el derecho legal de visitar a su hija por la preocupación de la madre por el registro de consumo de la droga de Bill.

Bill, graduado de bachillerato, había estado empleado de tiempo completo en un comercio minorista durante los tres años pasados. Reportó que la mayor parte de los individuos con quienes estaba asociado abusaban de las drogas. Bill contó una historia de actividades recreativas y sociales sanas, incluyendo golf y esquí, pero no las había practicado con regularidad por varios años.

Tenía una historia de problemas con el sistema de justicia penal, con una condena por un delito con arma. Por ese cargo estuvo encarcelado durante tres meses, pero no estaba bajo supervisión de la justicia penal en el momento en que buscó tratamiento.

Presentación de las quejas

Bill reportó que había estado en una juerga de tres días antes del ingreso y que quería ayuda para dejar de consumir cocaína. Informó de muchos intentos anteriores de dejar la droga por sí solo, pero con muy poco éxito. Dijo estar cansado de cómo se sentía después de los episodios de consumo excesivo de cocaína y que le preocupaban los problemas financieros provocados por dicho consumo. También expresó preocupación de que su consumo de la droga y el estilo de vida relacionado habían provocado tensión en la relación con su hija y con su antigua novia que interfería con la posibilidad de obtener derechos de visita.

Evaluación

Consumo de cocaína

Bill cumplía los criterios del DSM-IV-TR para la dependencia de cocaína. Reportó una historia de seis años de consumo intranasal de la droga. En el episodio más reciente, siete días antes del ingreso, consumió 10.5 gramos de cocaína en casa con amigos, y dijo que ese era su patrón habitual de consumo. En la admisión, Bill reportó tres episodios de

consumo de cocaína en los 30 días previos, cada uno de los cuales duraba aproximadamente 48 horas, por lo general durante los fines de semana. Por lo general consumía la cocaína con amigos en bares o en sus hogares.

Su consumo de cocaína a menudo era precedido por el hecho de pasar tiempo en bares, por trabajar demasiadas horas, o por ciertos estados de ánimo que incluían aburrimiento, depresión, ansiedad o molestia. Bill informó de varias consecuencias serias como resultado del consumo de cocaína, incluyendo problemas físicos y financieros, la ruptura de una relación y síntomas psiquiátricos como depresión, ansiedad, ideación suicida e impulsos violentos.

Consumo de otras drogas

Bill comenzó a beber alcohol a los 16 años. Reportó un patrón de borracheras semanales durante las cuales ingería de 13 a 15 tragos de licor fuerte. Informó haber bebido cinco días en los pasados 30 días. Su consumo de *cannabis* empezó a los 14 años. Reportó 10 años de consumo diario y dijo que la había consumido en 30 de los 30 días previos. Informó de un uso previo limitado de anfetaminas y alucinógenos, pero no en la actualidad ni de manera regular. Fumador habitual, Bill fumaba aproximadamente 20 cigarrillos al día. No informó de tratamientos previos por abuso de sustancias.

Bill también cumplía los criterios del DSM-IV-TR para dependencia de alcohol, cannabis y nicotina.

Otros problemas psiquiátricos

Bill reportó una historia de depresión e ideación suicida. También mencionó problemas con el manejo de la ira, lo que aceptó que era un problema importante para él y por el cual había recibido antes consejería. En el ingreso obtuvo una puntuación de 23 en el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), pero no reportó ideación suicida.

Motivación para cambiar

La puntuación de Bill en la Escala de Etapas de Disposición para el Cambio y para el Tratamiento (SOCRATES) indicaba un fuerte compromiso con la abstinencia de cocaína. Expresó compromiso moderado con la abstinencia de alcohol, pero aceptó la terapia con disulfiram mientras durara el tratamiento. Mencionó planes para retomar el consumo social de alcohol después de completar el tratamiento. No estaba interesado en descontinuar el consumo de marihuana, que no consideraba un problema, y tampoco estaba interesado en dejar de fumar.

Conceptualización del caso

Bill trabajaba muchas horas y en ocasiones tenía varios empleos al mismo tiempo. Esa práctica le dejaba poco tiempo para otras actividades y, como era de esperar, reportó una mínima participación regular en cualquier forma de actividades recreativas. En

consecuencia, además del trabajo, Bill disponía de pocas fuentes alternativas de reforzamiento que compitieran con los efectos reforzantes de su consumo de cocaína y de otras drogas. Esas situaciones por lo general se agravan, por lo que el abuso de cocaína y de drogas relacionadas monopolizan cada vez más las actividades de la persona. En este caso, las prácticas de Bill de trabajar muchas horas, frecuentar bares y consumir drogas, aunadas a sus dificultades con el manejo de la ira, fueron suficientes para destruir su relación con su pareja romántica, restringiendo así considerablemente el tiempo que podía estar con su hija. La pérdida de esas relaciones eliminó cualquier fuente competitiva de reforzamiento y liberó tiempo y recursos adicionales para asignarlos al bar y al consumo de cocaína. Aunque se consideró que era probable que las largas horas de trabajo de Bill hubieran aumentado su vulnerabilidad a un estilo de vida caracterizado por el abuso de drogas, también era probable que su empleo de tiempo completo le brindara cierta protección contra la posibilidad de que la cocaína adquiriese aún mayor control sobre su conducta. El empleo de tiempo completo es una variable de pronóstico positivo en éste y otros tratamientos para la dependencia de la cocaína, como es el uso de la vía intranasal de administración de cocaína, que era la ruta preferida por Bill.

Plan de tratamiento

La abstinencia de la cocaína fue la primera prioridad en el plan de tratamiento de Bill y es siempre el tema principal de atención en este enfoque de tratamiento. A continuación, se recomendó la abstinencia del alcohol debido a la estrecha relación observada en este caso entre el consumo de cocaína y el consumo de alcohol. Como se mencionó, a pesar de las explicaciones que se le dieron sobre el beneficio de dejar la marihuana y las posibles consecuencias adversas de seguirla fumando, Bill no estaba dispuesto a cambiar su consumo de esta droga. La aproximación clínica fue buscar oportunidades en el curso del tratamiento para reforzar cualquier movimiento tendiente a disminuir o descontinuar el consumo de marihuana, pero no convertir en un punto de disputa la renuencia de Bill a cambiar esta conducta problemática. Una meta de alta prioridad fue restablecer un patrón regular de participación en actividades recreativas sanas, en especial actividades que pudieran sustituir el consumo de cocaína y alcohol los fines de semana. El terapeuta le explicó de la siguiente manera por qué se consideraba tan importante su participación en esas actividades.

TERAPEUTA: Muchas veces, cuando la cocaína u otras drogas se convierten en parte habitual de la vida de una persona, ésta deja de hacer muchas de las actividades no relacionadas con las drogas que solía disfrutar. Eso parece ser su caso. Usted solía practicar muchas actividades recreativas sanas, pero después de empezar el consumo de la cocaína se alejó de esas actividades.

BILL: Sin duda. También es divertido porque ni siquiera estoy seguro de cómo sucedió. Gradualmente empecé a hacer cosas diferentes. En realidad nunca dejaron de gustarme esas otras cosas, pero parece que me he alejado de ellas.

TERAPEUTA: Ese es un reporte bastante común. Aunque tiene muchas cosas a su favor Bill. Tiene una historia de haber realizado esas actividades saludables y que le gustaran. Esa es una fortaleza en la que podrá basarse durante el tratamiento.

BILL: Bueno, últimamente no he sentido que tenga muchas fortalezas. Pero ¿cómo lo hacemos? ¿Cuál es la conexión con mi consumo de cocaína?

TERAPEUTA: Las actividades sociales y recreativas sanas son importantes en la vida de la gente. Ofrecen algo positivo que uno puede buscar después del trabajo, una forma de disminuir el aburrimiento y de sentirse saludable, así como una oportunidad de estar con gente que le agrada. Dichas actividades pueden jugar un papel importante en el hecho de liberarse y mantenerse libre de la cocaína. Cuando alguien deja de consumir drogas, tiene que hacer algo en los tiempos en que solía consumir. Si las cosas que hace no lo satisfacen o no le dan placer, o si no hace otra cosa excepto quedarse sentado y sentirse aburrido y solo, es más probable que consuma las drogas. Esa es la razón por la que tenemos un componente específico del tratamiento para ayudarlo a desarrollar un programa regular de actividades sociales y recreativas sanas.

BILL: Sí, eso podría ser importante para mí. No me resulta fácil pasar el rato en la casa. Me aburro, me siento muy nervioso.

TERAPEUTA: Muy bien, vamos a trabajar en eso ahora. Voy a entregarle un planificador diario. Planearemos algunas actividades que puede hacer entre hoy y su siguiente visita a la clínica. Tenemos que pensar con cuidado en la noche del viernes porque ese es un momento de alto riesgo para usted. Tenemos muchas cosas que hacer en la terapia.

Otra prioridad importante fue ayudar a Bill a encontrar una fuente alternativa de empleo que le permitiera tener un horario de trabajo más razonable y que le pagara lo suficiente para no sentirse obligado a tener varios empleos al mismo tiempo. Para aumentar aún más la participación de Bill en actividades que fueran incompatibles con el estilo de vida relacionado con el consumo de cocaína, lo ayudamos a solicitar el derecho de visitar a su hija. Respecto a los otros problemas psiquiátricos, se decidió supervisar cada semana sus puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck para ver si seguía la disminución abrupta que suele ocurrir en los pacientes dependientes de la cocaína, luego de un par de semanas de haber empezado el tratamiento. Como el manejo de la ira había sido antes un problema para Bill en su trato con su antigua pareja, y dado que tendría que interactuar con ella si quería obtener el derecho de visitas, pareció apropiado un tratamiento para el manejo de la ira.

A continuación se describe el progreso logrado en la implementación de este plan de tratamiento.

Abstinencia de la cocaína

Bill tuvo acceso a los cupones contingentes como intervención principal para fomentar la abstinencia inicial de acuerdo con el protocolo estándar de 12 semanas. En las dos primeras sesiones también se inició con el cliente el análisis funcional. Las circunstancias

que incrementaban la probabilidad del consumo eran estar en un bar o en la casa de ciertos amigos, beber alcohol, terminar una semana de trabajo particularmente larga y experimentar depresión o aburrimiento. Bill identificó ir al cine o a la casa de un amigo seguro, cazar, pescar y esquiar como circunstancias que disminuían su probabilidad de consumo. Esa información fue actualizada y utilizada durante su tratamiento en la planeación de automanejo y en la planeación de actividades sociales y recreativas.

En la figura 14-5 se muestra un registro acumulativo del consumo de cocaína y los resultados de las pruebas de orina de Bill durante las 24 semanas del tratamiento. La única ocasión de consumo ocurrió a las siete semanas de iniciar el tratamiento. Bill reportó estar sorprendido por los resultados y dijo que había fumado marihuana con varios amigos, y que quizá había quedado algo de cocaína en la pipa.

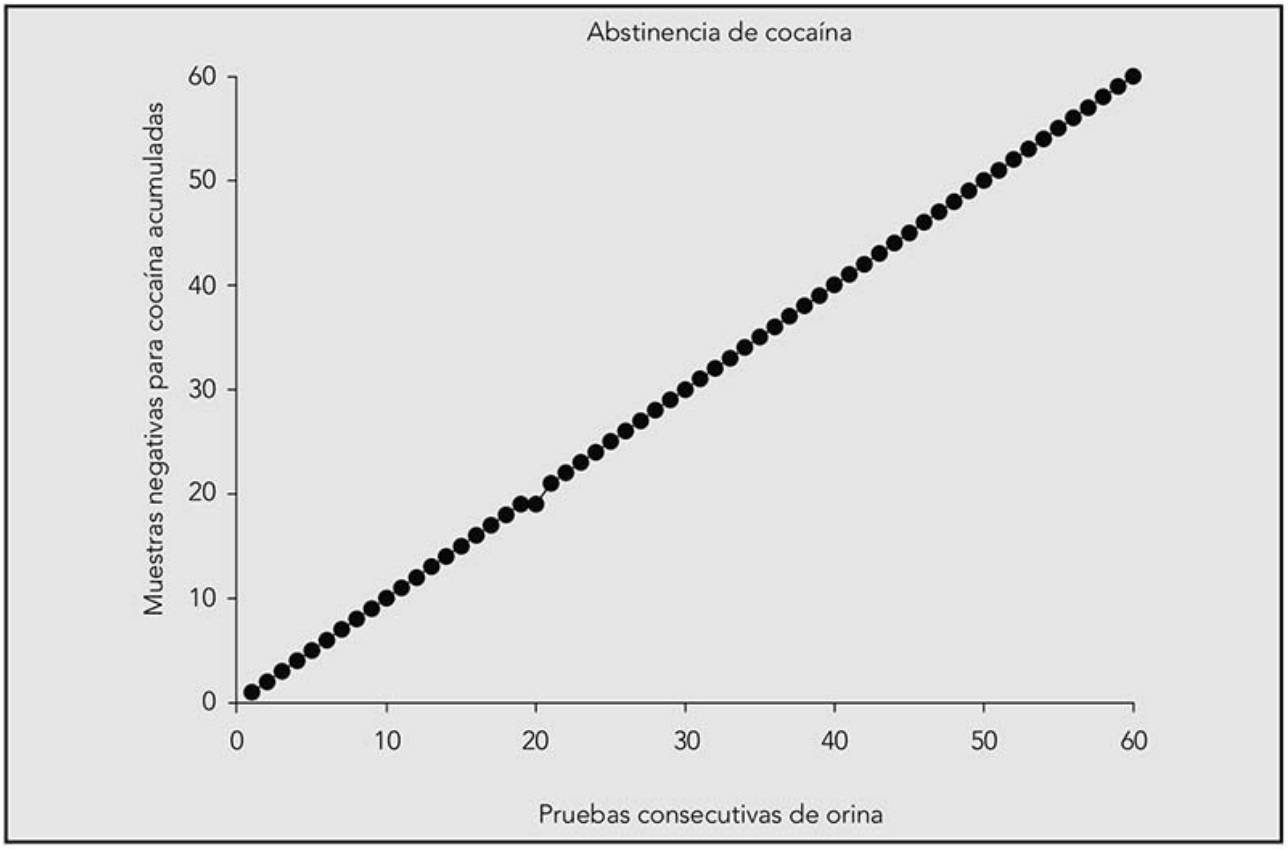


Figura 14-5. Resultados de las pruebas de orina de Bill en un registro acumulativo (eje Y) de 60 pruebas consecutivas (eje X), durante 24 semanas de tratamiento.

TERAPEUTA: Hola Bill, ¿Cómo van las cosas?

BILL: Bastante bien.

TERAPEUTA: Mire, acaban de llamar del laboratorio con los resultados de su prueba de orina. Dio positivo para cocaína.

BILL: De ninguna manera. Eso no puede ser correcto. Vaya, no he consumido cocaína. No hice gran cosa el fin de semana.

TERAPEUTA: Esa fue la lectura de la muestra que hizo la máquina. Hablemos más específicamente de lo que hizo en el fin de semana. Vamos a revisar lo que hizo cada uno de los días y quizá eso nos dé algunas ideas de lo que pudo suceder.

BILL: Cerré la tienda alrededor de la medianoche, fui a casa y me metí a la cama el viernes por la noche. Trabajé el sábado por la mañana. Después de salir del trabajo, pasé el rato con algunos amigos.

TERAPEUTA: ¿No fue al gimnasio como había planeado?

BILL: No. Tendría que haberlo hecho, pero me desvié porque me encontré con algunos amigos que no había visto por un rato.

TERAPEUTA: ¿Alguno de ellos consume cocaína?

BILL: Sí, uno lo hace, pero sabe que estoy en tratamiento. Yo solía consumir cocaína con él. Pero él no la consume cerca de mí.

TERAPEUTA: ¿Exactamente qué hicieron?

BILL: Pasamos el rato en casa de uno de ellos, jugamos videojuegos y miramos televisión. Fumamos un par de cazoletas de mota. Usted sabe. Todavía fumo. Es posible que la cazoleta hubiera sido usada recientemente para fumar cocaína. Apuesto a que eso fue.

TERAPEUTA: Podría ser. Lo que queda muy claro es que cuando se desvía de lo que había planeado, aumenta su vulnerabilidad a los problemas.

BILL: Sí, estoy de acuerdo. No estoy seguro de entender por qué lo hice. Había hecho muy buen trabajo siguiendo mis planes cuando me encontré con los chicos. Se suponía que mi mamá me llevaría al gimnasio, pero era un bonito día y le dije que caminaría. Me encontré a esos tipos, empezamos a hablar y me olvidé de mis planes de ir al gimnasio.

TERAPEUTA: No tengo duda de ello. Había hecho un excelente trabajo en el cumplimiento de sus planes. Bill, lo ha hecho muy bien con la abstinencia de la cocaína. Eso no es fácil para usted y merece un enorme crédito por todo el trabajo que ha hecho.

BILL: Dispare, lance el golpe aquí.

TERAPEUTA: Lo importante es tratar de aprender de lo que sucedió. Como sabe, desde el inicio del tratamiento le recomendé que se abstuviera de consumir marihuana. La marihuana tiene sus propios problemas, además de ponerlo en contacto con otros consumidores de drogas, que en ocasiones incluyen a consumidores de cocaína.

BILL: Estoy de acuerdo hasta cierto punto, pero en realidad no creo que la marihuana sea el problema aquí. La he fumado regularmente desde que empecé el tratamiento y he podido estar lejos de la cocaína. Aquí lo diferente fue que pasé todo el día fuera en lugar de seguir mi plan de ir al gimnasio. Ahí fue donde la embarré. Esa fue la gran diferencia de lo que había estado haciendo los otros fines de semana.

TERAPEUTA: Ese fue un buen análisis. Pero tenga en mente que si no siguiera fumando no habría tenido necesidad de usar una pipa -suya o de ellos-. No obstante, es buena su

observación concerniente a lo que hizo de manera diferente este fin de semana en comparación con los otros desde que inició el tratamiento. Para usted ha funcionado muy bien apegarse a los planes de actividades alternativas en lugar de salir a pasar el rato. Coincido con usted acerca de eso. La cosa más importante que debemos hacer es aprender de esta situación y seguir adelante, ¿Qué cree que necesita hacer para asegurarse de que su prueba dará negativo para cocaína el miércoles?

BILL: Bueno, supongo que seguir con lo que había estado haciendo -apegarme a mis planes: trabajar, visitar a mi mamá y tener una cita mañana por la noche-. Tengo programado ir esta noche al gimnasio y definitivamente voy a hacerlo. No será un problema estar limpio la próxima vez.

TERAPEUTA: ¿Qué le parece si minimiza su contacto con los consumidores de cualquier droga, en especial con la gente con la que ha consumido cocaína en el pasado? Podríamos incluso hacer un juego de roles de cómo podría decirle a los chicos lo que tiene que hacer, en caso de que vuelva a encontrarlos.

BILL: Supongo que podría hacerlo. En cualquier forma casi no los veo. Sí, seguro.

TERAPEUTA: Bueno. Como sabe, tengo que ir a recoger los resultados del estudio de orina. Por lo que hoy no obtendrá un cupón y su valor regresará al valor bajo original por el resultado positivo de este día. Sin embargo, si vuelve a entregar muestras negativas, cinco muestras negativas consecutivas significan que el valor de los cupones regresarán al valor que tenían antes del resultado positivo de hoy.

BILL: Me parece bien.

Nuestra experiencia es que no es necesario discutir por la negación de un cliente de un solo caso de consumo de cocaína. Si el cliente ha reiniciado el consumo regular de la droga, pronto aparecerá un patrón de resultados positivos. En lugar de ello, el terapeuta revisó con Bill los riesgos de seguir fumando marihuana mientras se esforzaba en mantener la abstinencia de la cocaína (continuar el contacto con amigos consumidores de drogas, lugares de alto riesgo, consumir marihuana en lugar de realizar otras actividades o formas de relajarse). También revisaron la importancia de apegarse a las actividades planeadas y prepararon el juego de roles de algunas habilidades sociales que Bill podría usar para resistirse a cambiar sus planes si volvía a encontrarse con sus amigos consumidores. Bill fue muy perspicaz acerca de cómo se había desviado de lo que había funcionado para él hasta este punto -planear actividades y apegarse a los planes- y el terapeuta reforzó su análisis. No se continuó con el tema de la negación del consumo de cocaína. Bill y el terapeuta continuaron con la implementación del plan de tratamiento, con las pocas modificaciones mencionadas. Durante las 24 semanas de tratamiento no hubo otros casos de consumo de cocaína. Su registro de abstinencia documentada de la cocaína fue excelente.

Abstinencia del alcohol

Durante la primera sesión el terapeuta discutió con Bill la lógica de la terapia con

disulfiram:

TERAPEUTA: Bill, queremos analizar algunas razones para que pruebe la terapia de disulfiram y abstinencia del alcohol. Primero, su historia indica que es más probable que consuma cocaína cuando bebe. No está solo a este respecto. La evidencia científica indica de manera muy clara que existe una estrecha relación entre el consumo de alcohol y de cocaína en muchos individuos que buscan tratamiento para la dependencia de la cocaína.

BILL: No quiero emborracharme de nuevo. ¿Qué hay acerca de unos cuantos tragos? ¿Eso es un problema también?

TERAPEUTA: El consumo incluso de dosis pequeñas de alcohol, incluso de sólo unos cuantos tragos, puede disminuir considerablemente sus oportunidades de abstenerse con éxito del consumo de cocaína. Nuestra experiencia, y la experiencia en otras clínicas de todo el país, es que puede progresar más en la abstinencia de la cocaína usando disulfiram y absteniéndose de beber alcohol que si sigue bebiendo.

BILL: ¿Cuánto tiempo sugiere que debo tomar la medicina? ¿Me está diciendo que no podré beber nunca?

TERAPEUTA: No estoy diciendo que debe tomar esta medicina para siempre o por años, o algo de esa naturaleza, o incluso que no podrá beber nunca. Cruzaremos esos puentes más adelante. Pero por ahora, si quiere tener una mejor oportunidad de dejar la cocaína, le recomiendo intentar la terapia con disulfiram.

BILL: No estoy seguro de que beber sea un problema para mí. Sé que me ha causado algunos problemas, pero no estoy tan seguro.

TERAPEUTA: Bill, la segunda cosa que quiero enfatizar es que usted reportó también una historia de depresión e ideación suicida. El consumo de sustancias, en particular el consumo de alcohol, es un depresor y puede empeorar los síntomas depresivos y el riesgo de suicidio. Un periodo de abstinencia puede ayudar mucho con esos problemas. Y otro punto a considerar es que aceptar una terapia con disulfiram representa una demostración concreta de su compromiso con la abstinencia de la droga y con cambios importantes en su estilo de vida. Esto sería útil en general, pero también puede ayudarlo a obtener el derecho de visitar a su hija.

BILL: Ey, estoy tratando de progresar en esto. Cuando he intentado dejar la cocaína por mí solo no ha funcionado. Tal vez sea porque he seguido bebiendo. No estoy seguro. No puedo continuar así. ¿Qué pasa si tomo la medicina durante el tratamiento? Ese es un buen compromiso. ¿Dijo que el tratamiento es por 24 semanas? Digamos que tomo el medicamento por ese tiempo.

Bill aceptó la terapia con disulfiram durante el tiempo que durara el tratamiento. Se estableció un programa para que tomara una dosis de 250 mg tres veces por semana bajo la observación del personal de la clínica, y que los días alternos tomara la misma dosis

bajo la observación de su padre en casa.

Además de la terapia de disulfiram, el terapeuta trabajó con Bill en un análisis funcional de su consumo de alcohol, similar al proceso realizado antes para la cocaína. Revisaron las circunstancias específicas en que era más o menos probable que Bill bebiera, y enumeraron las consecuencias negativas que había experimentado previamente por su consumo de alcohol. Cliente y terapeuta empezaron luego a desarrollar un plan para encontrar formas alternativas de relajarse que no involucraran el bar y la bebida, y también ensayaron la manera de rechazar el alcohol cuando se lo ofrecieran, y la forma de identificar los momentos en que podría sentirse tentado a beber un trago.

Bill cumplió con la terapia de disulfiram durante el tratamiento. Reportó un solo caso de consumo de alcohol mientras tomaba la terapia con disulfiram, en una ocasión en que no tomó el medicamento un domingo por la mañana y bebió dos cervezas en casa por la tarde. El lunes el terapeuta hizo un análisis funcional en que Bill identificó qué preparó la ocasión para que bebiera, y qué había sucedido con la supervisión que su padre tenía que hacer de la toma de disulfiram. Juntos revisaron de nuevo su historia de consumo de alcohol y las consecuencias negativas que había experimentado en el pasado. Bill volvió a comprometerse con la abstinencia de alcohol y reanudó la terapia con disulfiram.

Cuando se acercaba el final de las 24 semanas del tratamiento (en la semana 23), Bill expresó el deseo de "poder beber un trago si lo deseaba" y pidió que se descontinuara la terapia con disulfiram según lo planeado. El terapeuta expresó su preocupación por la posibilidad de poner en riesgo el considerable progreso que había logrado.

TERAPEUTA: ¿Entonces tiene previsto terminar esta semana la terapia con disulfiram?

BILL: Sí, me apegué a ella como lo prometí, pero ahora quiero poder beber si lo deseo, como tomar una cerveza después del trabajo para relajarme. Nada más.

TERAPEUTA: Bill, hasta ahora ha hecho un excelente trabajo con este plan. La mayoría de la gente no tiene tanto éxito como usted para dejar de consumir la cocaína.

BILL: Estoy de acuerdo. Siento que me ha ido muy bien en el tratamiento y ahora que casi termina quiero tener la opción de decidir beber si así lo deseo.

TERAPEUTA: ¿Qué tan riesgoso piensa que será para usted suspender el disulfiram en términos de mantener su abstinencia de la cocaína?

BILL: En realidad no creo que vaya a ser un problema. Me siento muy confiado al respecto.

TERAPEUTA: Bill, eso es genial. Ese tipo de confianza es importante para tener éxito. Pero hablemos de algunos detalles. Recuerde que su historia con el alcohol sigue con usted. En el pasado tuvo periodos de bebida desmesurada combinada con el consumo de cocaína. ¿Qué será diferente ahora respecto a esa historia?

BILL: Bueno, en primer lugar, no planeo beber como solía hacerlo. No pretendo embriagarme. Ni siquiera estoy seguro de querer beber muy a menudo. Además, no voy a beber en bares. Así fue como me metí en problemas en el pasado. Sólo quiero

saber que si voy a salir a cenar en una cita o algo y quiero beber un trago, puedo hacerlo.

TERAPEUTA: Ha considerado con cuidado, lo que es bueno. Ese tipo de planes son importantes para mantener su éxito. Hablemos un poco más acerca de cómo puede disminuir su riesgo tanto como sea posible si va a volver a beber. Por eso me refiero a qué tan a menudo va a beber, cuánto va a beber en cada ocasión, dónde y con quién va a beber; más o menos, cualquier cosa que pueda hacer para protegerse de beber en exceso y, posteriormente, de consumir cocaína. ¿Le parece razonable?

BILL: Sí, seguro, suena bastante bien.

En este momento, el terapeuta inició el protocolo de bebida controlada de la clínica (consulte el trabajo de Miller y Muñoz, 2005). La primera recomendación clínica fue la abstinencia, pero Bill no la iba a seguir. Por lo tanto, lo indicado era tratar de brindarle algunas habilidades para disminuir la probabilidad de beber de manera excesiva o dañina. La aproximación de Miller y Muñoz pretende enseñar habilidades que permitan que el cliente beba de manera controlada. Algunas de esas habilidades son iguales a las involucradas en el consumo de cocaína, incluyendo un análisis funcional para identificar las circunstancias (lugares, personas, momentos, estados afectivos) asociados con el consumo excesivo de alcohol. Otros son específicos al consumo de alcohol (p. ej., proporcionar información sobre el contenido de alcohol de las bebidas comunes, la relación entre las bebidas consumidas, el peso corporal y la curva de alcohol en sangre). Bill y el terapeuta trabajaron en algunos de los elementos centrales del protocolo de bebida controlada durante la última semana del tratamiento, y revisaron las partes restantes durante la atención posterior al tratamiento. Bill reportó un caso de consumo de alcohol durante la última semana de tratamiento. Sólo tomó dos tragos y no consumió cocaína. Como se menciona más adelante, también reportó beber poco durante el seguimiento en el postratamiento.

Consumo de otras drogas

Bill continuó el mismo patrón de consumo de marihuana que reportó en la entrevista de ingreso. De manera reiterada afirmó que el consumo de marihuana no interfería con sus otras metas del tratamiento. A su vez, en numerosas ocasiones el terapeuta le ofreció fundamentos para que dejara o disminuyera el consumo de marihuana, pero no logró que iniciara la abstinencia.

Actividades recreativas

Durante las primeras sesiones, el terapeuta y Bill analizaron la importancia de desarrollar nuevas actividades recreativas. Acordaron la meta de participar en cuatro de esas actividades por semana, así como el plan para probar algunas nuevas actividades en compañía del personal de la clínica. El terapeuta le recordó que podía usar los cupones obtenidos durante el tratamiento para la abstinencia de la cocaína para ayudarse a pagar esas actividades.

Durante el tratamiento, Bill cumplió sistemáticamente su meta de cuatro actividades recreativas por semana. Esas actividades incluían ver películas, caza, golf y cenas en restaurantes locales. Utilizó sus cupones para comprar boletos para un espectáculo en un teatro local, para pagar la cuota por uso del campo de golf, la afiliación a un gimnasio local, licencias de caza y pesca, y certificados de regalo para cenar en un restaurante local con una nueva novia.

Apoyo familiar y social

En las primeras sesiones el terapeuta habló con Bill de la necesidad de ampliar su red social para incluir a familiares, amigos y otros contactos sociales con personas que no consumieran drogas. Bill expresó su deseo de aumentar el contacto con su hija. Con este fin, completó con el terapeuta la tarea de análisis para identificar la secuencia de pasos que tendría que dar para intentar obtener el derecho de visitas. Esos pasos incluían solicitar y llenar los formatos legales del juzgado, que el terapeuta lo ayudara a exponer sus deseos de manera apropiada a su antigua pareja, hacer juegos de roles en preparación para su cita en el juzgado, y que lo acompañara a esa cita.

Bill logró obtener derechos de visita. Su meta se convirtió entonces en tener contacto con su hija dos veces por semana, lo que mantuvo sistemáticamente durante el resto del tratamiento.

En lo que respecta a otros tipos de apoyo social, durante el tratamiento Bill aumentó el contacto con una pareja de amigos seguros. También pudo conocer a varias mujeres gracias a su nuevo empleo (del que hablamos más adelante), con una de las cuales empezó a salir regularmente.

Empleo y educación

Bill llegó a tratamiento con una historia de empleo de tiempo completo, lo que era en sí indicador de un buen pronóstico. Sin embargo, su trabajo no le pagaba bien e implicaba estar alrededor del consumo de alcohol. Expresó el deseo de encontrar un nuevo trabajo que le pagara mejor y al mismo tiempo le permitiera trabajar menos horas a la semana, pasar más tiempo con su hija y correr un menor riesgo de consumir alcohol. Por lo tanto, empezó a participar en el Club del Empleo, asistiendo a la clínica tres veces por semana para revisar los anuncios clasificados de empleos locales, para elaborar un currículo y cartas de presentación con la ayuda del personal, llenar solicitudes de trabajo y prepararse para las entrevistas. Pudo encontrar un trabajo que le pagaba mejor e incluía menos riesgos para el consumo de alcohol. Por lo tanto, su meta vocacional fue enfocarse en evitar trabajar demasiadas horas.

Bill también expresó preocupación concerniente a la deuda que había acumulado durante su prolongado consumo de cocaína. El terapeuta inició el protocolo de la clínica para el manejo de las finanzas, incluyendo el desarrollo de un presupuesto para el reembolso de cuentas pendientes y habilidades para el manejo de las finanzas personales. Bill abrió una cuenta de ahorro en un banco cercano e hizo los arreglos para que su salario fuera depositado directamente. Utilizó el teléfono en el consultorio del terapeuta

para arreglar planes de pago a diferentes acreedores. Durante el tratamiento hizo sistemáticamente los pagos de su deuda, mismos que el terapeuta graficó semanalmente y, para el final del tratamiento, había saldado todas las deudas y estaba pagando ahora las facturas actuales.

Bill tenía la meta vocacional de largo plazo de abrir su propio negocio minorista. Junto con su terapeuta realizó la tarea de análisis preliminar (consulte el trabajo de Sulzer-Azaroff y Meyer, 1991) relacionado con esa meta. Juntos acordaron que tomar cursos de contabilidad y cómputo sería un buen inicio. El terapeuta lo ayudó a obtener información sobre los cursos ofrecidos en la universidad local. Bill pidió los formatos para solicitar apoyo financiero de la universidad local para pagar la matrícula, mismos que llenó con la ayuda del terapeuta.

Monitoreo psiquiátrico

Recuerde que la puntuación de Bill en el Inventario de Depresión de Beck durante el ingreso fue de 23. Su puntuación en el inventario disminuyó considerablemente para la segunda semana de tratamiento, para el final del mismo había alcanzado una puntuación de 2.

Bill y su terapeuta trabajaron en un protocolo para el manejo de la ira para personas que abusan de las drogas (Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney y Abrams, 2002), lo que lo ayudó a identificar situaciones que probablemente lo harían enojar, a desarrollar habilidades de afrontamiento para lidiar mejor con esos desencadenantes, y hacer juegos de roles que le permitieran adquirir competencia en el uso de esas habilidades. El terapeuta hizo que Bill documentara los momentos en que surgían situaciones con el potencial de provocar enojo fuera de la clínica y la manera en que las había manejado. El terapeuta revisó esa información semanalmente, le proporcionó reforzamiento social por las situaciones que había manejado bien, y resolvió problemas e hizo juego de roles con alternativas cuando Bill necesitaba ayuda.

Resumen del progreso en el tratamiento

Bill hizo un progreso considerable en el establecimiento de un registro estable de abstinencia de cocaína, la eliminación del consumo problemático de alcohol, el aumento en su participación en actividades sociales y recreativas, el mejoramiento de su situación laboral, el aumento en su habilidad para el manejo de la ira y el mejoramiento de su relación con su hija. La única área en que no se obtuvo progreso fue en el consumo de marihuana y el involucramiento asociado con la comunidad de abuso de drogas ilícitas. Este progreso se vio reflejado en los cambios previos y posteriores al tratamiento en las puntuaciones compuestas del Índice de Severidad de las Adicciones que se presentan en la tabla 14-5. Las puntuaciones compuestas van de 0, que representa *Ningún problema* en los pasados 30 días a 1, que representa *Problemas graves*. Las puntuaciones de Bill en la evaluación hecha al final del tratamiento reflejaron mejorías considerables.

Tabla 14-5. Puntuaciones en las Subescalas del Inventario de Severidad de las Adicciones y en el Inventario de Depresión de Beck en las evaluaciones de ingreso, final del tratamiento y en los seguimientos posteriores al tratamiento

Puntuación	Ingreso	Final del tratamiento	12 meses	24 meses	36 meses	48 meses
Subescalas del Inventario de Severidad de las Adicciones						
Médica	0.42	0.09	0.09	0.18	0.00	1.00
Empleo	0.07	0.10	0.09	0.11	0.13	0.08
Alcohol	0.13	0.00	0.06	0.00	0.05	0.11
Drogas (distintas a la cocaína)	0.28	0.07	0.08	0.08	0.09	0.19
Cocaína	0.66	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Legal	0.00	0.00	0.40	0.00	0.00	0.00
Familiar/Social	0.22	0.10	0.00	0.00	0.00	0.22
Psicológica	0.36	0.00	0.09	0.09	0.18	0.53
BDI	23	1	3	5	10	6

Seguimiento

Después de completar el protocolo de 24 semanas de tratamiento, Bill participó durante seis meses en un programa de atención posterior y completó evaluaciones de seguimiento periódicas durante cuatro años después del ingreso a tratamiento (tabla 14-5). Eso permite tener una imagen relativamente buena de su progreso.

Bill conservó en gran medida el excelente progreso que obtuvo durante el tratamiento hacia la solución de los problemas relacionados con el consumo de cocaína. Todas las pruebas toxicológicas de orina realizadas durante el seguimiento dieron negativo para el consumo de cocaína. Reportó dos casos de consumo de cocaína durante el periodo de seguimiento de tres años y medio, pero estuvieron separados en el tiempo y ninguno provocó una recaída completa. Reportó un consumo moderado de alcohol durante el seguimiento, con un solo caso en que bebió hasta intoxicarse. Continuó con el consumo regular de marihuana, tal como lo había hecho durante el tratamiento.

Respecto con otras áreas de funcionamiento, Bill mantuvo un empleo de tiempo completo en el periodo de seguimiento. En la evaluación hecha a los 12 meses hubo un episodio de involucramiento con el sistema de justicia penal que, de acuerdo con Bill, no tenía relación con el abuso de sustancias y se resolvió antes de las últimas evaluaciones.

Su sintomatología depresiva permaneció muy por debajo de los niveles de ingreso durante todo el periodo de seguimiento. El progreso en otras áreas de funcionamiento se conservó en gran medida durante el seguimiento, hasta la evaluación hecha a los 48 meses en que surgió una crisis médica. Bill desarrolló una enfermedad neuromuscular que involucraba episodios periódicos de parálisis completa. También experimentó problemas dentales más rutinarios aunque dolorosos. En el momento de la evaluación todavía le estaban practicando pruebas por el problema neuromuscular y no tenía un diagnóstico. Esta crisis no precipitó una recaída en el abuso de cocaína o de otras drogas, lo que subraya el notable progreso hecho por Bill con esos problemas. Los incrementos en las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Severidad de las Adicciones en la evaluación hecha a los 48 meses se relacionó con los analgésicos tomados por los problemas dentales. Fue claro, sin embargo, que las condiciones médicas estaban teniendo un efecto desestabilizador a nivel físico y psicológico. Aunque Bill reconoció que la situación lo había puesto en un mayor riesgo de recaída, no consideró que la situación en ese momento ameritara el reingreso a tratamiento. El personal de la clínica lo elogió por su progreso sostenido en la abstinencia del abuso de cocaína y alcohol y le aseguró que podía regresar a tratamiento si surgía la necesidad.

COMENTARIOS FINALES

En este capítulo se presentó la información científica más actualizada a la fecha sobre el manejo clínico apropiado de trastornos relacionados con el consumo de drogas ilícitas. En el proceso, se intentó ilustrar los que han llegado a considerarse principios del tratamiento efectivo para los trastornos relacionados con el consumo de drogas ilícitas en general, usando la dependencia de la cocaína como ejemplo específico. Se hizo énfasis en una aproximación de tratamiento con elementos múltiples que es eficaz, pero se subrayó la forma en que incluye elementos de todas las terapias conductuales y cognitivo-conductuales con base empírica, excepto la terapia familiar conductual. Las limitaciones en recursos y otras restricciones prácticas impedirán que muchos clínicos utilicen las prácticas de tratamiento tal como se han descrito en este capítulo. Los costos del tratamiento que se brindó a Bill fueron cubiertos en su totalidad por medio de un financiamiento de investigación. Sin embargo, se espera que esta información ofrezca *insights* sobre los elementos importantes del tratamiento efectivo de los trastornos relacionados con el consumo de drogas ilícitas. También esperamos que esta información facilite un poco el trabajo de los clínicos que están en las trincheras, tratando a la población dependiente de las drogas, y haga su práctica más efectiva.

RECONOCIMIENTO

La preparación de este capítulo fue apoyada en parte por los financiamientos números DA09378, DA030534 y DA031928 del Instituto Nacional sobre el Abuso de las Drogas.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Azrin, N. H. (1976). Improvements in the communityreinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy, 14*, 339–348.

Azrin, N. H., & Besalel, V. A. (1980). *Job Club counselor's manual*. Baltimore: University Park Press.

Azrin, N. H., Donohue, B., Besalel, V. A., Kogan, E. S., & Acierno, R. (1994). Youth drug abuse treatment: A controlled outcome study. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 3*, 1–16.

Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment, 67*, 588–597.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561–571.

Bellack, A. S., Bennett, M. E., Gearson, J. S., Brown, C. H., & Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of General Psychiatry, 63*, 426–432.

Bickel, W. K., Amass, L., Higgins, S. T., Badger, G. J., & Esch, R. A. (1997). Effects of adding behavioral treatment to opioid detoxification with buprenorphine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 803–810.

Bouchery, E. E., Harwood, H. J., Sacks, J. J., Simon, C. J., & Brewer, R. D. (2011). Economic costs of excessive alcohol consumption in the U.S., 2006. *American Journal of Preventive Medicine, 41*, 516–524.

Budney, A. J., & Higgins, S. T. (1998). *The community reinforcement plus vouchers approach: Manual 2. National Institute on Drug Abuse therapy manuals for drug addiction* (NIH Publication No. 98-4308). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Budney, A. J., Higgins, S. T., & Wong, C. J. (1996). Marijuana use and treatment outcome in cocaine-dependent patients. *Journal of Experimental and Clinical Psychopharmacology, 4*, 1–8.

Carroll, K. M., Nich, C., Ball, S. A., McCance, E., & Rounsaville, B. J. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction, 93*, 713–727.

Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1452–1460.

Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gordon, L. T., Wirtz, P. W., & Gawin, F. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry, 51*, 989–997.

Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Smoking attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses—U.S. 2000–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 57*, 1226–1228.

Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual—II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.

Festinger, D. S., Lamb, R. J., Kirby, K. C., & Marlowe, D. B. (1996). The accelerated intake: A method for increasing initial attendance to outpatient cocaine treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis, 29*, 387–389.

Griffith, J. D., Rowan-Szal, G. A., Roark, R. R., & Simpson, D. D. (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 58*, 55–66.

Griffiths, R. R., Bigelow, G. E., & Henningfield, J. E. (1980). Similarities in animal and human drug taking behavior. In N. K. Mello (Ed.), *Advances in substance abuse: behavioral and biological research* (pp. 1–90). Greenwich, CT: JAI Press.

Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., Brondino, M. J., & Crouch, J. L. (1996). Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through homebased multisystemic therapy. *American Journal of Psychiatry, 153*, 427–428.

Herrmann, E. S., Heil, S. H., Sigmon, S. C., Dunn, K. E., Washio, Y., & Higgins, S. T. (2013). Characterizing and improving HIV/AIDS knowledge among cocainedependent outpatients using modified materials. *Drug and Alcohol Dependence, 127*(1–3), 220–225.

Higgins, S. T., Heil, S. H., & Lussier, J. P. (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annual Review of Psychology, 55*, 431–461.

Higgins, S. T., Sigmon, S. C., Wong, C. J., Heil, S. H., Badger, G. J., Donham, R., et al. (2003). Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry, 60*, 1043–1052.

Higgins, S. T., Silverman, K., & Heil, S. H. (2008). *Contingency management in substance abuse use treatment*. New York: Guilford Press.

Higgins, S. T., Silverman, K., Sigmon, S. C., & Naito, N. A. (2012). Incentives and health: An introduction. *Preventive Medicine, 55*, S2–S6.

Hjorthoj, C. R., Hjorthoj, A. R., & Nordentoft, M. (2012). Validity of Timeline Follow-Back for self-reported use of cannabis and other illicit substances—systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors, 37*, 225–233.

Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wong, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 563–570.

Kenford, S. L., & Fiore, M. C. (2004). Promoting tobacco cessation and relapse prevention. *Medical Clinics of North America, 88*, 1553–1574.

Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A., & Zeiss, A. M. (1986). *Control your depression*. New York: Simon & Schuster.

Liddle, H. A., Dakof, G., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 27*, 651–688.

Lussier, J. P., Heil, S. H., Mongeon, J. A., Badger, G. J., & Higgins, S. T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction, 101*(2), 192–203.

Martino, S., Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2006). A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. *Addiction, 101*, 1479–1492.

McLellan, A. T., Cacciola, J. C., Alterman, A. I., Rikoon, S. H., & Carise, D. (2006). The Addiction Severity Index at 25: Origins, contributions, and transitions. *American Journal on Addictions, 15*, 113–124.

Meyers, R. J., & Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. New York: Guilford Press.

Miller, W. R., & Muñoz, R. F. (2005). *Controlling your drinking: Tools to make moderation work for you*. New York: Guilford Press.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors, 10*, 81–89.

Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L., & Abrams, D. B. (2002). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Michalec, E., Martin, R. A., & Abrams, D. B. (1997). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: Substance use outcomes at three months. *Addiction, 92*, 1717–1728.

Morin, C. M. (2004). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of insomnia. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 33–40.

Muñoz, R. F., & Miranda, J. (2000). *Individual therapy manual for cognitive behavioral treatment for depression*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2009). *Principles of addiction treatment: A research-based guide* (2nd ed.; NIH Publication No. 09-4180). Rockville, MD: Author.

O'Brien, C. (2011). Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction, 106*, 866–867.

O'Farrell, T. J., & Clements, K. (2012). Review of outcome research on marital and family therapy in treatment for alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*, 122–144.

Rawson, R. A., Marinelli-Casey, P., Anglin, M. D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C., et al. (2004). A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction,*

99, 708–717.

Reback, C. J., & Shoptaw, S. (in press). Development of an evidence-based, gay-specific cognitive behavioral therapy intervention for methamphetamine abusing gay and bisexual men. *Addictive Behaviors*.

Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review, 24*, 883–908.

Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., van den Brink, W., De Jong, C. A., & Kerkhof, A. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence, 74*, 1–13.

Schnoll, R. A., & Lerman, C. (2006). Current and emerging pharmacotherapies for treating tobacco dependence. *Expert Opinion on Emerging Drugs, 11*, 429–444.

Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test. *American Journal of Psychiatry, 127*, 1653–1658.

Silverman, K., Robles, E., Mudric, T., & Stitzer, M. L. (2004). A randomized trial of long-term reinforcement of cocaine abstinence in methadone-maintained patients who inject drugs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 839–854.

Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., et al. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*, CD008063.

Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1992). Timeline Follow-Back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In R. Z. Litten & J. P. Allen (Eds.), *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biochemical methods* (pp. 41–72). Totowa, NJ: Humana Press.

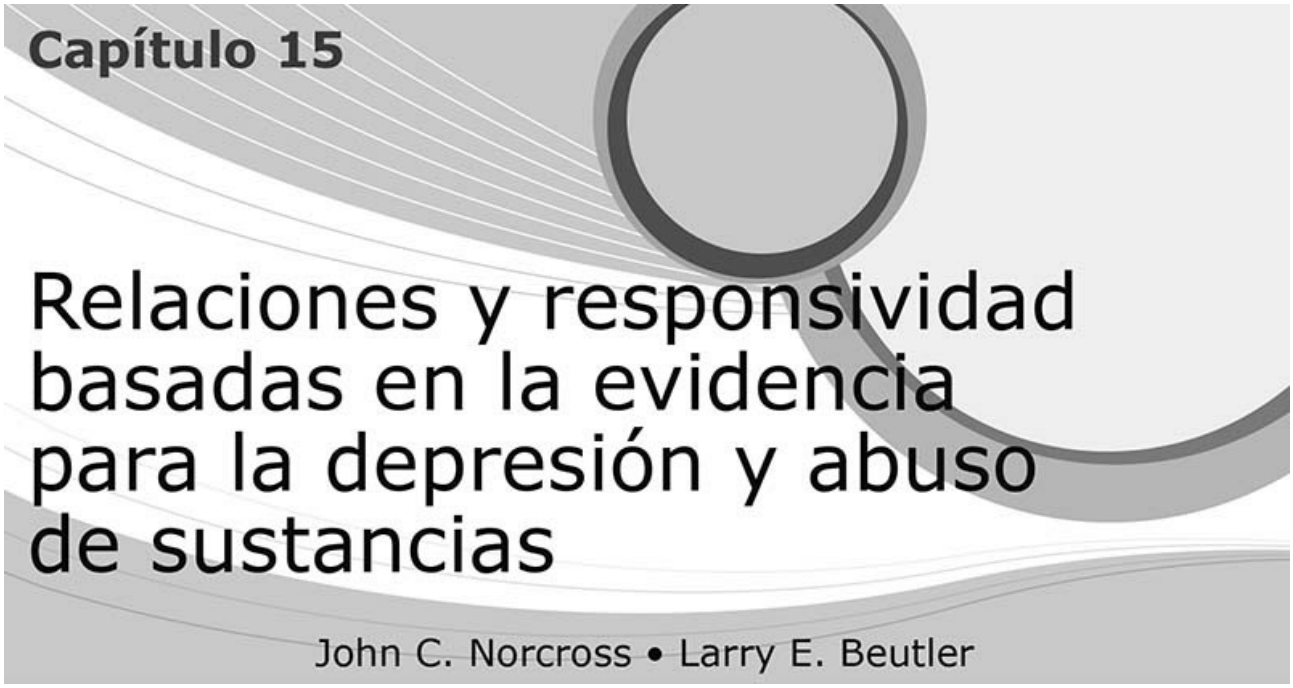
Sulzer-Azaroff, B., & Meyer, G. R. (1991). *Behavior analysis for lasting change*. Fort Worth, TX: Holt, Rinehart & Winston.

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (2012). *National Survey on Drug Use and Health, 2010* (Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Behavioral Health Statistics and Quality). Ann Arbor, MI: Interuniversity Consortium for Political and Social Research [distributor].

U.S. Department of Justice. (2011). *The economic impact of illicit drug use on American society* [Product No. 2011Q0317-002]. Washington, DC: United States Department of Justice, National Drug Intelligence Center.

Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism, 41*, 328–335.

Washton, A. M., Stone, N. S., & Hendrickson, E. C. (1988). Cocaine abuse. In D. M. Donovan & G. A. Marlatt (Eds.), *Assessment of addictive behaviors* (pp. 364–389). New York: Guilford Press.



En todos los capítulos de este libro está implícita la necesidad de adaptar el tratamiento, de manera flexible, al paciente individual y de prestar atención a los factores del paciente, el terapeuta y la relación. Algunos capítulos integran y "combinan" deliberadamente técnicas de enfoques diferentes en los protocolos de tratamiento descritos para obtener metas específicas, como la entrevista motivacional (p. ej. el trabajo de Payne, Ellard, Farchione, Fairholme y Barlow, capítulo 6) o la atención al contexto social e interpersonal del paciente. Pero en este capítulo esas cuestiones son planteadas de forma explícita por dos experimentados y distinguidos investigadores clínicos que han dedicado su vida a su estudio riguroso y empírico. La única contribución de este capítulo es el planteamiento de que los factores transdiagnósticos de paciente y terapeuta, así como la adecuación del estilo al protocolo de tratamiento (p. ej., menos o más directivo dependiendo del nivel de resistencia o "disposición" del paciente para la terapia) también son procedimientos con base en la evidencia y merecen ser descritos en este libro. Así, no sólo es importante elegir el procedimiento de cambio más efectivo para un determinado problema, como el trastorno de pánico, sino también atender en forma explícita a factores de la relación, mantener retroalimentación sistemática entre paciente y terapeuta; y establecer un estilo terapéutico transparente y colaborativo. Los autores demuestran este enfoque integrativo en el contexto del fascinante caso de "Amber", una joven mujer que sufre de abuso de sustancias y depresión. El conocimiento de esta perspectiva enriquecerá la valoración que haga el lector de todos los capítulos de este libro. D. H. B.

Si bien prácticamente todo profesional (y paciente) estarán de acuerdo con que la psicoterapia es un método de tratamiento y relación de curación adaptado al paciente individual y el contexto, la elección del método particular de tratamiento ha recibido la mayor atención en el movimiento hacia la práctica con base en la evidencia (Norcross, Beutler y Levant, 2006). Adecuar el método de tratamiento al paciente es realmente útil, pero también es clínicamente incompleto dado que el estilo de relación de la terapia a

menudo explica buena parte del éxito (y del fracaso) de la psicoterapia (Norcross, 2011). Además, la ciencia psicológica nos dirige a las conductas de relación y las adecuaciones que contribuyen a los resultados del tratamiento en el espectro de los trastornos psicológicos (Beutler, 2009).

Como sabe prácticamente todo psicoterapeuta, la psicoterapia debería ser adaptada a la individualidad del paciente y la singularidad de su contexto.

Ya desde 1919, Freud introdujo la psicoterapia psicoanalítica como una alternativa al análisis clásico, con base en el reconocimiento de que la aproximación más exclusiva carecía de aplicabilidad universal (Wolitzky, 2011). El mandato para individualizar la psicoterapia quedó representado en la icónica pregunta de Gordon Paul (1967, p. 111, énfasis en el original) "¿**Qué** tratamiento, administrado por **quién**, es más efectivo para **este** individuo con **ese** problema específico, y en qué conjunto de circunstancias?" Cada psicoterapeuta reconoce que lo que funciona para una persona puede no funcionar para otra; vemos que "en gustos se rompen géneros".

Sólo en las dos décadas anteriores se realizó suficiente investigación para operacionalizar esas nobles intenciones en directrices específicas para la adecuación. Hasta hace poco había estado particularmente ausente la investigación que adecuara la psicoterapia a la persona entera del paciente, más allá de su trastorno. Como dijo Sir William Osler (1906), padre de la medicina moderna, "En ocasiones es mucho más importante saber qué tipo de paciente tiene una enfermedad que saber qué tipo de enfermedad tiene un paciente".

El proceso de crear este ajuste óptimo en la psicoterapia ha recibido múltiples nombres: adaptación al tratamiento, sensibilidad, sintonía, emparejamiento, personalización, prescripción, selección de tratamiento, factor de especificidad, terapéutica diferencial, adaptación, individualización. Cualquiera que sea el nombre, la meta es mejorar la efectividad del tratamiento ajustándolo al individuo y a su situación singular. En otras palabras, los psicoterapeutas se esfuerzan por crear una nueva terapia para cada paciente.

En este capítulo se aplica la psicoterapia integrativa a la depresión comórbida y el abuso de sustancias. Inicia con un resumen del enfoque y la evidencia empírica que lo apoya, en particular, la relación de la terapia con base en la evidencia y la sensibilidad o ajuste a los pacientes individuales. Se describe la ocurrencia simultánea de trastornos del estado de ánimo y el abuso de sustancias y se demuestra la elección del tratamiento paso a paso. Finaliza con la ilustración detallada del caso de "Amber", una mujer que sufre de depresión crónica, abuso de sustancias y muchos otros trastornos psicológicos.

RESUMEN DE LA APROXIMACIÓN

La aproximación a la psicoterapia se caracteriza como integrativa y se le cataloga específicamente como **sistemática ecléctica** o **selección sistemática del tratamiento**. La integración de la psicoterapia se caracteriza por la insatisfacción con enfoques de una escuela única y el deseo concomitante de ir más allá de los límites de la escuela para ver cómo pueden beneficiarse los pacientes de otras formas de conducir la psicoterapia (Norcross y Golfried, 2005). Se adaptan los tratamientos psicológicos y las relaciones terapéuticas a las necesidades diversas y específicas de los pacientes individuales, definidas por una multitud de consideraciones diagnósticas y, particularmente, no diagnósticas. Para ello se recurre a métodos efectivos de diversas escuelas teóricas (eclecticismo), adecuando esos métodos a clientes particulares con base en principios basados en la evidencia (selección del tratamiento), y apegados a un modelo explícito y ordenado (sistemático).

La realidad clínica es que no hay una sola psicoterapia que sea efectiva para todos los pacientes y situaciones, sin importar lo buena que pueda ser para algunos. La práctica basada en la evidencia exige una perspectiva flexible, si no es que integrativa. Está demostrado que es imposible, y en algunos casos es incluso poco ética, la aplicación universal de la psicoterapia, de la misma manera para todos. Por supuesto, administrar a cada paciente el mismo tipo de psicoterapia simplificaría la elección del tratamiento, pero eso va en contra de lo que se sabe sobre las diferencias individuales, las preferencias de los pacientes y la diversidad de las culturas.

Imponer una situación similar a otras profesiones relacionadas con el cuidado de la salud enfatiza ese punto. Tome una metáfora médica, ¿confiaría su salud a un médico que prescribiera el mismo tratamiento (digamos, antibióticos o neurocirugía) a cada paciente y enfermedad encontrada? O tome una analogía educativa, ¿reconocería a los maestros que emplearan el mismo método pedagógico (digamos, la conferencia) para cada oportunidad educativa? o ¿le confiaría su hijo a un educador que diera la misma respuesta (digamos una actitud no directiva o una nalgada) a cada niño y cada mala conducta? Su respuesta rotunda probablemente sería “No”. Los clientes de la psicoterapia no merecen menos consideración.

Dicho en pocas palabras, ninguna teoría es uniformemente válida y ningún mecanismo de acción terapéutica es igualmente aplicable a todos los individuos. En consecuencia, se eligen diferentes métodos y relaciones de acuerdo con el paciente y el contexto. El resultado es una terapia más eficiente y eficaz que se ajusta tanto al cliente como al clínico. En principio, por supuesto, prácticamente todos los clínicos apoyan la adecuación de la terapia al cliente individual. Después de todo, ¿quién podría disputar seriamente la idea de que el tratamiento psicológico debe adecuarse a las necesidades del paciente individual? De hecho, los manuales de tratamiento se enfocan cada vez más en las formas de ser flexible, aunque todos operan dentro de un conjunto restringido de parámetros teóricos y procedimientos técnicos. En contraste, la terapia integrativa va más allá del simple reconocimiento de la necesidad de flexibilidad y lo hace de varias maneras:

- La terapia integrativa se deriva directamente de la investigación de resultados más que de una teoría idiosincrásica o del sincretismo instintivo.
- La terapia no trabaja dentro de un sistema teórico único, sino que acepta las contribuciones potenciales de múltiples sistemas de psicoterapia.
- La selección de tratamiento no depende únicamente del diagnóstico, sino que con base en muchas características diagnósticas y no diagnósticas del cliente.
- El propósito es ofrecer métodos de tratamiento óptimos y relaciones que favorezcan la recuperación, mientras que muchos terapeutas se enfocan de manera restringida en los métodos de selección. La psicoterapia efectiva requiere tanto de intervenciones como de relaciones, lo mismo instrumentales que interpersonales, entremezcladas.
- La adecuación de métodos y relaciones al cliente ocurre durante el curso de la terapia, no sólo antes del tratamiento en la formulación del caso.
- Como será evidente en la siguiente ilustración de caso, los clientes evolucionan y progresan, y sus quejas iniciales no son necesariamente sus trastornos o metas principales al concluir el tratamiento. La terapia integrativa sigue su progreso y evoluciona con ellos hasta el final.

EVIDENCIA EMPÍRICA

La investigación de resultados que apoya el enfoque adopta diversas formas. Primera y más general, la totalidad de la investigación sobre las psicoterapias proporcionó la base de los principios clave en que se sustenta el tratamiento integrativo. Éste es el cimiento a partir del cual se sistematiza el proceso de selección del tratamiento. Una genuina ventaja de la integración es la gran cantidad de investigación que atestigua la eficacia de la psicoterapia y que señala la efectividad diferencial entre distintos tipos de pacientes. La integración trata de incorporar los hallazgos del estado del arte de la investigación en un marco abierto en lugar de convertirse en otro "sistema" de psicoterapia.

Se adoptaron los factores comunes sólidos entre las terapias y, al mismo tiempo, se aprovecharon al máximo sus diferencias. En palabras de Abraham Lincoln, la integración reúne "elementos desconocidos, discordantes e incluso hostiles de los cuatro vientos". Se hace un uso óptimo de tratamientos diversos con pacientes y en situaciones para las cuales la investigación ha encontrado evidencia de efectividad. La incorporación de esos tratamientos debe ocurrir dentro de un proceso sistemático y una perspectiva integrativa, es decir, para integrar, no para ser sincrético.

Una segunda y más específica fuente de evidencia empírica es la investigación programática continua sobre la selección del tratamiento de acuerdo con las características del cliente (para conocer detalles, consulte los trabajos de Castonguay y Beutler, 2006; Norcross, 2011). Más adelante se resume la evidencia empírica que apoya las relaciones y el ajuste de la terapia a las características transdiagnósticas del paciente.

Relaciones que funcionan

Décadas de ciencia psicológica han identificado muchas de las conductas de relación que predicen y contribuyen al éxito de la psicoterapia, y múltiples metaanálisis han perfeccionado la comprensión de esos trabajos para mejorar los resultados (Norcross, 2011). En efecto, la terapia de relaciones basada en la evidencia ha sido destacada en el Registro Nacional de Programas y Prácticas Basadas en la Evidencia (National Registry of Evidence-Based Programs and Practices [NREPP] *www.nrepp.samhsa.gov/norcross.aspx*). A continuación se resume la evidencia empírica a favor de los elementos del estilo de relación en la terapia, que son ofrecidos principalmente por el psicoterapeuta.

La alianza

La alianza es una cualidad emergente de colaboración entre terapeuta y cliente, que tiene fundamento principalmente en un vínculo emocional positivo entre ambos y en su capacidad para coincidir en las metas del tratamiento y alcanzar un mutuo consenso en las tareas. Un metaanálisis de 201 estudios, en que participaron más de 14 000 pacientes adultos, encontró un tamaño del efecto (*d*) de 0.60 (Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds, 2011), el cual describe el grado en que la alianza se relaciona con (y predice)

el resultado de la psicoterapia. (En todos los casos en que se reportan tamaños del efecto en este capítulo, se usa *d*, donde 0 indica que no hubo efecto, 0.20 representa un efecto pequeño; 0.50 representa un efecto medio y de 0.80 en adelante se refiere a un efecto grande [Cohen, 1988]).

Igual que en la investigación con adultos, en el tratamiento de los jóvenes la alianza se caracteriza por un vínculo de colaboración entre cliente y terapeuta, aunque por lo general el psicoterapeuta establece dos alianzas: una con el joven y otra con el padre o tutor. Un metaanálisis de 29 estudios con 2 202 clientes jóvenes y 892 padres calculó la asociación entre alianza y resultado en la terapia juvenil (Shirk y Karver, 2011).

El tamaño del efecto (*d*) fue de 0.39, tanto entre el terapeuta y el joven como entre el terapeuta y el padre o tutor.

Igual que en la terapia individual, la alianza en la terapia de pareja y familiar (TPF) involucra la creación de un fuerte lazo emocional, así como la negociación de metas y tareas con el terapeuta. Sin embargo, los miembros de la familia suelen variar en el nivel de agrado y están de acuerdo con el terapeuta en relación con las metas y tareas del tratamiento, creando así múltiples alianzas que interactúan sistémicamente. Se realizó un metaanálisis de 24 estudios (siete estudios de parejas, 17 de familias, 1 461 clientes) en que se emplearon las alianzas establecidas en la terapia de pareja y familiar para predecir la mejoría lograda a mitad del tratamiento y los resultados finales (Friedlander, Escudero, Heatherington y Diamond, 2011). El tamaño del efecto (*d*) fue de 0.53, lo que indica que la alianza explicaba una parte sustancial de la varianza en la retención y resultado de la terapia de pareja y familiar. De acuerdo con estándares convencionales, esto representa un tamaño del efecto medio en las ciencias conductuales; la tasa de éxito aumenta de 37 a 63% en los casos de alianza débil contra alianza fuerte.

Cohesión en la terapia de grupo

Probablemente el paralelo más cercano de la alianza en la terapia individual sea la cohesión en la terapia de grupo. Se realizó un metaanálisis de 40 estudios, que incluían a 3 323 pacientes, sobre la asociación entre la cohesión y el éxito de la psicoterapia de grupo (Burlingame, McClendon y Alonso, 2011). El tamaño del efecto fue una *d* moderada de 0.52. Esto indica que a medida que aumentan los niveles de cohesión en los grupos, los resultados de los clientes mejoran y los síntomas psicológicos disminuyen. Se encontró esta correlación para la terapia de grupo en diferentes escenarios (hospitalario y ambulatorio) y en distintas clasificaciones diagnósticas.

Empatía

Buena parte de las investigaciones utilizan la definición de empatía de Carl Rogers (1957) como la capacidad sensible del terapeuta para entender los pensamientos, sentimientos y luchas del cliente desde el punto de vista del mismo y de comunicarle esa comprensión. Un metaanálisis examinó la asociación entre la empatía del terapeuta y el resultado del tratamiento (Elliott, Bohart, Watson y Greenberg, 2011). El análisis de 57 estudios arrojó una *d* general de 0.61, un efecto medio, entre la empatía del terapeuta y el éxito del

cliente (lo que sugiere una tasa de éxito de 57% en comparación con 43% para mayor contra menor empatía). La empatía predijo sistemáticamente el resultado del tratamiento a través de diferentes orientaciones teóricas (p. ej., cognitivo-conductual, psicodinámica, humanista).

Obtener la retroalimentación del cliente

En esta conducta relacional, el terapeuta supervisa sistemáticamente los signos vitales de la salud mental del cliente mediante el uso de escalas estandarizadas y la respuesta esperada al tratamiento. Los resultados de esta supervisión son entonces retroalimentados en tiempo real al terapeuta y se analizan en la sesión con el cliente. Un metaanálisis de nueve estudios sobre el impacto de los métodos de retroalimentación en los resultados del tratamiento mostró tamaños del efecto (*d*) entre 0.49 y 0.70 (Lambert y Shimokawa, 2011). Las tasas de deterioro de los pacientes en psicoterapia disminuyeron en dos tercios cuando la retroalimentación del cliente era usada como señal de advertencia para los pacientes en riesgo. Por lo tanto, los pacientes están mejor cuando los profesionales supervisan de manera rutinaria el funcionamiento continuo de su salud mental. Dicha supervisión da lugar a mayores oportunidades de reparar rupturas en las alianzas, permite mejorar la motivación y disminuir la terminación prematura. La retroalimentación sistemática es especialmente útil para ayudar a los clínicos a identificar el posible fracaso del tratamiento en curso y de colaborar con el cliente para restablecer los resultados positivos.

Consenso en la meta

El acuerdo sobre la naturaleza del problema para el que el cliente busca ayuda, las metas del tratamiento y la forma en que las dos partes trabajarán juntas para alcanzar esas metas son la esencia del consenso en la meta. Un metaanálisis abordó la forma en que el consenso en la meta entre paciente y terapeuta se relaciona con el resultado de la psicoterapia (Tyron y Winograd, 2011). El metaanálisis sobre la relación entre consenso en la meta y resultado (con base en 15 estudios con una muestra total de 1 302 pacientes) arrojó un tamaño del efecto (*d*) de 0.72. Este resultado considerable refleja los resultados positivos significativos que están asociados con un mayor acuerdo entre terapeutas y clientes sobre los propósitos del tratamiento y la manera de lograr esos propósitos.

Colaboración

Para ayudar a los clientes a cumplir las metas mutuas del tratamiento, profesionales y pacientes deben funcionar como un equipo. El metaanálisis sobre la relación entre colaboración y resultado (con base en 19 estudios en que participaron 2 260 pacientes) arrojó un tamaño del efecto (*d*) de 0.70 (Tyron y Winograd, 2011). Igual que en el caso del consenso en la meta, este resultado sugiere que el bienestar del paciente mejora considerablemente con una mayor colaboración.

Responsividad/Consideración positiva

Para investigar la asociación entre la consideración positiva del terapeuta y el resultado del tratamiento, Farther y Doolin (2011) realizaron un metaanálisis de 18 estudios. El tamaño del efecto general entre esos estudios fue 0.57, lo que indica que la consideración positiva tiene una asociación moderada con los resultados terapéuticos. Por consiguiente, igual que muchos otros factores de la relación, la consideración positiva parece ser una parte importante, aunque difícilmente exhaustiva, de la ecuación proceso-resultado.

Los investigadores no pueden estudiar todas esas conductas de relación al mismo tiempo, y existe un traslape considerable entre esos constructos y la cantidad de varianza que explican en la psicoterapia. Al mismo tiempo, puede demostrarse que es cierto que esas conductas de relación son predictores importantes del éxito de la psicoterapia y que contribuyen al mismo, y que pueden ser aprendidas y, en la mayoría de los casos, enseñadas.

Ajustes que funcionan entre paciente y tratamiento

La cuestión del ajuste atañe a las dimensiones transdiagnósticas del paciente que pueden guiarnos de manera confiable en la adaptación de la psicoterapia a diferentes clientes o al mismo cliente en diferentes momentos. Se han propuesto más de 200 variables del cliente como marcadores de emparejamiento, y por lo menos 100 de ellos han sido sometidos al escrutinio de la investigación (Clarkin y Levy, 2004). Se comisionaron una serie de metaanálisis originales sobre la investigación que relaciona los resultados del tratamiento con las características del paciente, y los resultados de esos análisis señalan al menos cinco coincidencias importantes: nivel de reactancia, etapas de cambio, estilo de afrontamiento, preferencias y cultura (Norcross, 2011). A continuación se presentan descripciones breves de cada una, y más adelante, en el estudio de caso, se demuestran sus respectivos usos.

Nivel de reactancia

La investigación confirma lo que uno podría esperar: un elevado nivel de reactancia o resistencia del paciente se asocia sistemáticamente con resultados más pobres de la terapia (en 82% de los estudios). Pero el resultado de la terapia mejora considerablemente si se iguala la capacidad de dirección del terapeuta con la reactancia del cliente. Específicamente, los clientes que presentan una mayor reactancia se beneficiaron más de métodos de autocontrol, dirección mínima del terapeuta e intervenciones paradójicas. En contraste, los clientes con poca reactancia se beneficiaron más de la dirección y guía explícita del terapeuta. Este hallazgo sólido y consistente puede expresarse en un tamaño del efecto grande (*d*) que promedia 0.76 (Beutler, Harwood, Michelson, Song y Holman, 2011).

Etapas del cambio

La cantidad de progreso que hacen los clientes en la psicoterapia tiende a ser una función directa de su etapa de cambio previa al tratamiento -precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento-. Un metaanálisis de 39 estudios de psicoterapia (Norcross, Krebs y Prochaska, 2011) encontró un tamaño del efecto promedio (*d*) de 0.46, lo que indica que las etapas predicen confiablemente los resultados de la psicoterapia. Este efecto ha sido demostrado en pacientes que sufren docenas de trastornos mentales y médicos inmediatamente después de la intervención y 12 meses después.

Más importante, la investigación en medicina conductual y en psicoterapia converge en la demostración de que diferentes procesos de cambio tienen una efectividad diferencial en ciertas etapas del cambio. Un metaanálisis (Rosen, 2000) de 47 estudios que examinaban las relaciones entre las etapas y los procesos de cambio demostraron tamaños del efecto grandes (d = 0.70 y 0.80). Es decir, adaptar la psicoterapia a la etapa de cambio del cliente mejora significativamente el resultado en diferentes trastornos (Prochaska y Norcross, 2013).

Esos marcadores del cliente ofrecen orientación tanto de prescripción como de proscripción para el psicoterapeuta. En la reactancia, la implicación prescriptiva es hacer coincidir la capacidad de dirección del terapeuta con la reactancia del paciente, y la implicación de proscripción es evitar unir a un cliente con reactancia elevada con un terapeuta altamente directivo. En las etapas de cambio, las terapias orientadas a la acción son bastante efectivas con individuos que se encuentran en las etapas de preparación o de acción. Sin embargo, esas mismas terapias suelen ser menos efectivas o incluso nocivas en individuos que se encuentran en las etapas de precontemplación y de contemplación.

Estilo de afrontamiento

La investigación se ha dedicado principalmente a los estilos de afrontamiento externalizantes (impulsivo, con búsqueda de estimulación, extrovertido) e internalizantes (autocrítico, inhibido, introvertido). Aproximadamente 80% de los estudios que investigan esta dimensión han demostrado efectos diferenciales del tipo de tratamiento como función del estilo de afrontamiento del paciente. Un metaanálisis de 12 de esos estudios, en que participaron más de 1 000 pacientes, reveló un efecto medio (d = 0.55) para la igualación del método del terapeuta con el estilo de afrontamiento del paciente (Beutler, Harwood, Michelson *et al.,* 2011). Específicamente, las terapias interpersonales y orientadas al insight son más efectivas entre los pacientes que interiorizan, mientras que las terapias enfocadas en los síntomas y en la construcción de habilidades son más efectivas entre los pacientes que tienden a la exteriorización. Este patrón se encuentra a menudo en pacientes infantiles (digamos, una niña depresiva que interioriza contra un niño hiperactivo que exterioriza), pero es menos conocido en pacientes adultos en los que se llevó a cabo el metaanálisis.

Preferencias

Las preferencias y metas del cliente a menudo son indicadores directos del mejor método terapéutico y la relación de curación para esa persona. Décadas de evidencia empírica atestiguan el beneficio de considerar seriamente, y por lo menos de iniciar con, las preferencias del cliente del estilo de relación y sus metas para el tratamiento. Un metaanálisis de 35 estudios comparó los resultados del tratamiento para clientes que no fueron igualados con su preferencia. Los hallazgos indicaron un efecto positivo medio (d = 0.31) a favor de los clientes que coincidían con sus preferencias. La probabilidad de abandonar la psicoterapia era un tercio menor entre los clientes igualados con su preferencia, un efecto realmente poderoso (Swift, Callahan y Vollmer, 2011).

Cultura

Un metaanálisis de 65 estudios, que incluyó a 8 620 clientes, evaluó la efectividad de terapias adaptadas a la cultura contra terapias tradicionales no adaptadas. Los métodos de adaptación más frecuentes usados en los estudios implicaban incorporar contenido y valores culturales, usar el idioma preferido por el cliente, y emparejarlo con terapeutas de un origen étnico similar. Los resultados revelaron un efecto positivo (d = 0.46) a favor de los clientes que recibían tratamientos adaptados culturalmente (Smith, Rodríguez y Bernal, 2011). El "ajuste" cultural funciona, no sólo como un compromiso ético, sino también como una práctica con base en la evidencia.

DEPRESIÓN Y ABUSO DE SUSTANCIAS

La depresión es la condición comórbida más prevalente entre los trastornos de salud mental, y ocurre simultáneamente a tasas muy altas en casi todos los trastornos conductuales y muchos trastornos médicos. Es especialmente probable que se presente entre las personas que abusan de sustancias; en quienes padecen trastorno por estrés postraumático (TEPT) y otros trastornos de ansiedad; y al mismo tiempo cursen con enfermedades cardiacas, cáncer, entre otras enfermedades físicas (Beutler, Clarkin y Bongar, 2000; Kessler *et al.,* 2005). Hasta 80% de los pacientes que sufren enfermedades crónicas presentan depresión (unipolar) comórbida. Las tasas de prevalencia de la depresión comórbida y el abuso de sustancias son tan constantes que muchos han sugerido que este último puede ser una manifestación de trastornos del espectro depresivo. Esto puede ser también el caso de otros trastornos, como el de estrés postraumático, donde depresión y abuso de fármacos a menudo parecen sustituir a los síntomas del estrés postraumático luego de un trauma masivo (Housley y Beutler, 2007).

Las tasas de prevalencia permanentes para la depresión comórbida y el abuso de sustancias son elevadas, y llegan a alcanzar una cifra cercana a 10%, lo que se acerca mucho a las tasas de prevalencia permanentes de los trastornos por abuso de sustancias por sí solos. Lo que es más, la depresión y el abuso de sustancias concurrentes suelen seguir patrones similares de respuesta al tratamiento. Prácticamente todos los tratamientos estructurados producen efectos similares entre pacientes deprimidos o que abusan de sustancias (Beutler y Malik, 2002). De igual manera, el curso de recuperación y recaída de la depresión es sumamente variable y por lo general es más similar al de la condiciones comórbidas existentes que a otros casos de depresión. Las revisiones de los trabajos publicados concluyen que existe poca evidencia de un curso específico de la depresión o de un tratamiento específico que sea excepcionalmente efectivo (p. ej., Cuijpers, van Straten, Andersson y van Oppen, 2008; Cuijpers *et al.,* 2010); la depresión funciona más como un síntoma indicador de malestar y disfunción que como un trastorno separado por derecho propio.

Como se verá a lo largo de este capítulo, ahora es también relativamente claro que la relación de la terapia y las estrategias de igualación que tienen un impacto positivo en el tratamiento de la depresión funcionan de la misma manera para mejorar el abuso de sustancias. Beutler y colaboradores (2003), por ejemplo, estudiaron a un grupo de pacientes con depresión comórbida y dependencia de sustancias, comparando la influencia relativa y absoluta de los factores de predisposición del paciente (p. ej., nivel de reactancia, estilos de afrontamiento), características del tratamiento, la relación en la terapia (medida por la alianza), y el ajuste entre las características del tratamiento y los factores del paciente. Las categorías transversales de la psicoterapia incluían el nivel de dirección del terapeuta y la proporción relativa de intervenciones enfocadas en el insight y en la sintomatología (Beutler *et al.,* 2000).

Las figuras 15-1 y 15-2 muestran que todas esas condiciones -factores del paciente, métodos de tratamiento, relación en la terapia y grado de ajuste entre el tratamiento y

paciente- contribuyeron al éxito de la psicoterapia. Si bien resultó más sencillo cambiar los síntomas de depresión lo mismo al final del tratamiento que en el seguimiento realizado seis meses después del tratamiento, el patrón y los efectos relativos de cada clase de factores fueron similares y se agregaron colectivamente a la efectividad del tratamiento. Tanto para la depresión como para el abuso de sustancias, la ganancia máxima del tratamiento se asoció con una psicoterapia que ajustara tanto el método de tratamiento como la relación de curación con el paciente individual y el contexto. Ese hallazgo empírico repetido se ha convertido en el tema recurrente de la aplicación de la aproximación, que se revisa a continuación.

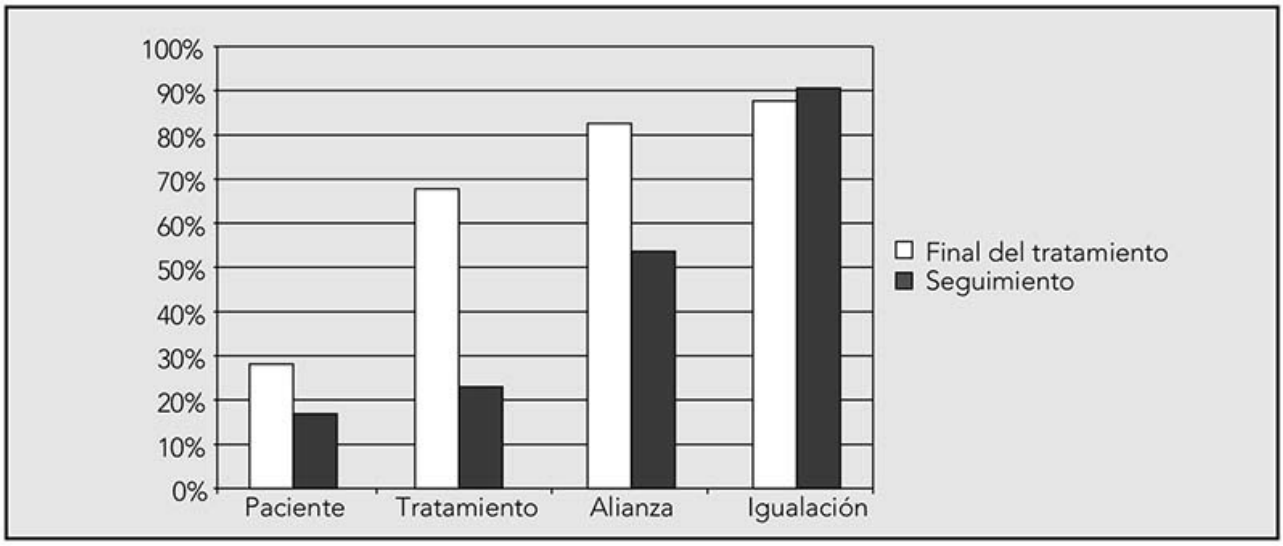


Figura 15-1. Contribuciones relativas de paciente, tratamiento, relación y ajuste del tratamiento a los cambios en la depresión (Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton [HRSD]) en pacientes con depresión y abuso de sustancias comórbidas.

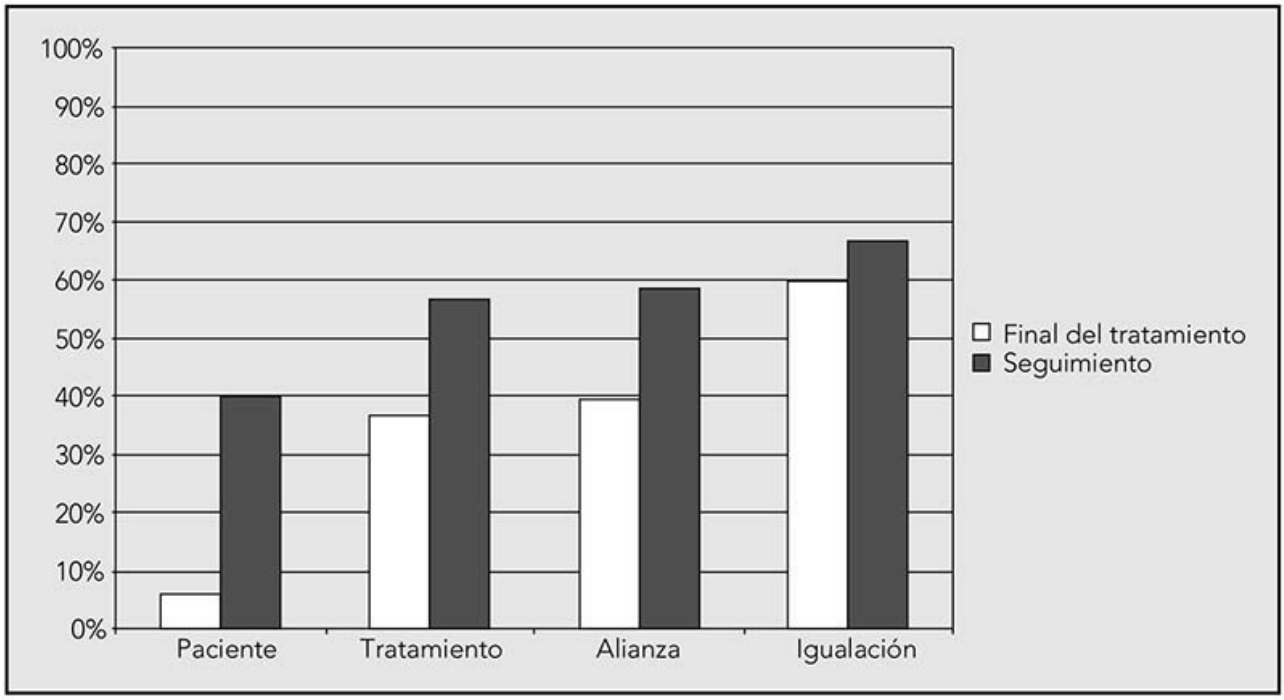


Figura 15-2. Contribuciones relativas de paciente, tratamiento, relación y ajuste del tratamiento a los cambios en el abuso de sustancias (Índice de Severidad de la Adicción [ISA] entre pacientes con depresión y abuso de sustancias comórbidos.

La selección del tratamiento invariablemente implica decisiones iterativas y recurrentes sobre escenario, formato, intensidad, farmacoterapia, estilo de relación en la terapia y métodos de tratamiento. ¿Por qué? Porque cada cliente responde mejor a una configuración o mezcla diferente de componentes. No se puede, y no se debe, asumir automáticamente que el tratamiento será psicoterapia individual ambulatoria semanal. A continuación se revisa cada una de esas decisiones, dedicando más tiempo a la selección de los métodos de tratamiento con base en el diagnóstico y características transdiagnósticas del paciente.

Escenarios del tratamiento

El escenario es el lugar donde ocurre el tratamiento -el consultorio del psicoterapeuta, una unidad psiquiátrica, una escuela secundaria o un pabellón médico-. La elección del escenario depende principalmente de la necesidad relativa de restringir y, o apoyar al paciente en función de la gravedad de su psicopatología y de la cantidad de apoyo disponible en su entorno. En relación con la depresión y el abuso de sustancias, la pregunta urgente es si se requiere o no hospitalización o desintoxicación.

En el tratamiento, todas las decisiones se relacionan entre sí y con ciertas características del paciente. Por ejemplo, el escenario óptimo es determinado en parte por el nivel de daño funcional y refleja en parte el nivel de reactancia. Los clientes con más deterioro y que son más resistentes necesitan un ambiente más restrictivo. El tratamiento ambulatorio se prefiere siempre a un escenario restrictivo; de hecho, la preferencia casi siempre es para el ambiente menos restrictivo.

Formatos de terapia

El formato indica quién participa directamente en el tratamiento, el contexto interpersonal en que se lleva a cabo la terapia. Los formatos típicos -individual, grupal, de pareja y familiar- se caracterizan por un conjunto de parámetros del tratamiento, determinados todos en gran medida por la cantidad e identidad de los participantes.

Décadas de investigación apoyan la efectividad y sobre todo la rentabilidad de la terapia grupal, de pareja y familiar. La terapia conducida en esos formatos por lo general es tan efectiva como la terapia individual, pero pacientes y terapeutas suelen preferir el formato individual. Aún así, un formato multipersonal está indicado cuando los sistemas de apoyo social son escasos y en los casos en que uno o más de los principales problemas involucran a otra persona específica.

Intensidad del tratamiento

La intensidad de la psicoterapia es el producto de la **duración** del episodio de tratamiento, la **duración** de una sesión y la **frecuencia** de los contactos. También puede implicar el uso de múltiples formatos, como terapia de grupo e individual o de

farmacoterapia y psicoterapia.

La intensidad debe calcularse como función de la complejidad del problema y el nivel de deterioro en el contexto de los recursos del paciente. Por ejemplo, es probable que un paciente con una multiplicidad de metas de tratamiento, deterioro funcional severo, pocos apoyos sociales y un trastorno de personalidad requiera un tratamiento considerablemente más prolongado, más intenso y más variado que un paciente con un problema más simple. Los pacientes que sufren trastornos del estado de ánimo y de abuso de sustancias casi siempre requieren atención intensa y de largo plazo.

Farmacoterapia

Los medicamentos psicotrópicos están particularmente indicados para los trastornos más graves y crónicos, lo que suele ser el caso con la mayoría de los pacientes deprimidos que abusan de sustancias. A diferencia de algunos sistemas de psicoterapia, las psicoterapias integrativas son adecuadas para la combinación de farmacoterapia y psicoterapia. Por supuesto, esta posición es congruente con el pluralismo que subyace a la selección del tratamiento. Pero como la mayoría de los profesionales del cuidado de la salud, los terapeutas integrativos son especialmente renuentes a tratar el abuso de sustancias únicamente con otra sustancia.

Por consiguiente, se ofrece una nota de cautela: el sólo uso de medicamentos no es un tratamiento integrativo. El endurecimiento de las políticas de reembolso de las empresas de seguros y la restricción de los servicios psicológicos favorecen de manera exagerada la farmacoterapia a expensas de la psicoterapia prácticamente en todos los trastornos. Esta situación es clínica y empíricamente terrible para nosotros porque décadas de investigación indican que, en efecto, a menudo no hay medicina mejor que la psicoterapia para la depresión y el abuso de sustancias (p. ej., Antonuccio, 1995; Antonuccio, Danton y DeNelsky, 1995; DeRubeis *et al.,* 2005; Hollon, 1990). La preponderancia de la evidencia científica muestra que la psicoterapia por lo general es tan efectiva como los medicamentos en el tratamiento de trastornos no psicóticos, en especial cuando se consideran medidas evaluadas por el paciente, perfiles de efectos secundarios y el seguimiento a largo plazo. Esto no pretende devaluar el impacto de la farmacoterapia en la salud; el propósito es más bien subrayar la potencia confiable de la psicoterapia.

Estilo de relación en la terapia

Toda la psicoterapia ocurre dentro de un contexto sensible y curativo de conexión humana. Aunque se hace énfasis en este punto y su base empírica en una parte anterior del capítulo, se cuestiona la percepción de la selección del tratamiento como un proceso incorpóreo y orientado a la técnica. La aproximación integrativa intenta adecuar a los clientes individuales no sólo los métodos de terapia sino también las actitudes hacia la relación. Una forma de conceptualizar la cuestión, similar a la noción de "tratamientos de elección" en términos de las técnicas, es la manera en que los clínicos determinan las "relaciones terapéuticas de elección" en términos de las posturas interpersonales (Norcross y Beutler, 1997). Conducir el mejor de los tratamientos con base en la

evidencia no llegará a nada, a menos que el cliente se sienta seguro, cuidado y conectado.

Entonces, desde el inicio se hizo un esfuerzo por desarrollar una alianza de trabajo y a demostrar empatía por las experiencias y preocupaciones del cliente. De manera colaborativa se establecen las metas del tratamiento, protegen las preferencias del paciente, para lo cual se calma la desconfianza y el temor esperados inicialmente y nos presentamos como personas que se preocupan por él y lo apoyan. Por supuesto, el estilo de relación de la terapia también debe igualarse o adecuarse al paciente individual y su cultura.

Este imperativo de ajustar o igualar la psicoterapia con el paciente puede malinterpretarse como un terapeuta o figura de autoridad que prescribe una forma particular de psicoterapia para un cliente pasivo. La realidad clínica es justamente lo contrario, la meta es que un terapeuta empático se esfuerce por construir una relación óptima que mejore la colaboración, que sea congruente con las preferencias del cliente y garantice el sentido de seguridad y compromiso del paciente. La naturaleza de esa relación óptima es determinada por las preferencias, cultura y personalidad del cliente. Por ejemplo, si un cliente se resiste con frecuencia, entonces el terapeuta considera si está presionando algo que el cliente encuentra incompatible (preferencias), o si el cliente no está listo para hacer esos cambios (etapa de cambio) o si se siente incómodo con un estilo directivo (reactancia). Se conduce siguiendo y respetando al cliente (Norcross, 2010).

Métodos de tratamiento

Cuando los clínicos conocen a los clientes se sienten tentados a enfocarse de inmediato y con intensidad en métodos y estrategias particulares de terapia. Sin embargo, como se mencionó, la selección del tratamiento siempre involucra una serie en cascada de decisiones interrelacionadas. Un tratamiento verdaderamente integrado requiere que el terapeuta considere recurrentemente esas otras decisiones antes de saltar a los métodos de terapia.

La selección de los métodos y estrategias es el componente más controvertido de la terapia integrativa para la depresión y el abuso de sustancias. Si bien en ocasiones existe desacuerdo profesional sobre el escenario y el formato del tratamiento ideal, los partidarios de orientaciones teóricas discrepantes a menudo avalan posiciones decididamente diferentes sobre qué método debería emplearse. Además, cualquier método dado puede ser usado de diferentes maneras. Por consiguiente, en lugar de centrarse técnicas específicas *per se*, se prefiere prescribir principios de cambio. Los principios son flexibles, aunque específicos. Cada principio puede ponerse en práctica de distintas maneras y con técnicas diversas, dependiendo de las predilecciones y habilidades del terapeuta. Para ajustar el tratamiento al paciente particular se mezcla e igualan métodos de diferentes sistemas de terapia (Norcross, 2013).

Los seres humanos, incluyendo a los psicoterapeutas, no procesan más de un puñado de dimensiones de igualación a la vez (Halford, Baker, McCredden y Bain, 2005). Como se vio, se consideraron sobre todo cinco características transdiagnósticas del paciente

(nivel de reactancia, etapa de cambio, estilo de afrontamiento, preferencias y cultura) que cuentan con un historial empírico comprobado como directrices de prescripción.

¿Qué hay acerca del diagnóstico en la selección del tratamiento? En relación con el tratamiento psicológico de la depresión unipolar y el abuso de sustancias, el diagnóstico no sugiere un tratamiento particular además de favorecer los que cuenten con mayor apoyo empírico. Es decir, es mínima la evidencia sobre el papel del diagnóstico en los efectos diferenciales del tratamiento. En cualquier caso, resulta empíricamente cuestionable y clínicamente sospechoso confiar únicamente en el diagnóstico para elegir un plan de tratamiento. En lugar de ello, en lo que toca a la depresión y el abuso de sustancias, se eligieron métodos de tratamiento con base en el emparejamiento de la investigación de resultados con las características transdiagnósticas de reactancia, etapa de cambio, preferencias, estilo de afrontamiento y cultura del paciente.

Evaluación clínica

La aproximación valora fuertemente la evaluación clínica que guía el tratamiento efectivo (Harwood, Beutler y Groth-Marnat, 2011). Dicha evaluación se realiza al inicio de la psicoterapia para seleccionar los métodos de tratamiento y estilos de relación con mayor probabilidad de ser efectivos, durante la terapia para supervisar la respuesta del paciente y hacer ajustes intermedios según se necesite, y al final de la psicoterapia para evaluar el resultado de toda la empresa. Por lo tanto, la evaluación es continua, colaborativa e invaluable.

La evaluación clínica del paciente en la terapia integrativa es relativamente tradicional, con una excepción importante. La entrevista de evaluación implica recabar información sobre los problemas presentados, historias relevantes y expectativas y metas del tratamiento, así como la construcción de la alianza de trabajo. Como psicólogos, también es frecuente usar pruebas psicológicas formales como medio de asegurar la obtención de datos adicionales e identificar trastornos. Se recomienda el uso tanto de formas de calificación de síntomas (p. ej., el Inventario de Depresión de Beck-II BDI-II], el Inventario de Síntomas 90-Revisado) como instrumentos más amplios para evaluar patología y personalidad (p. ej., el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-II, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III).

La única forma en que la evaluación se aleja de lo usual es que se recoge, desde el inicio, información sobre múltiples características del paciente que orientarán la selección del tratamiento.

Las cinco características del paciente identificadas en la investigación (como se mencionó antes) orientan en la identificación de un ajuste benéfico entre paciente y tratamiento. Por supuesto, no se restringe a esas cinco consideraciones, pero éstas ilustran el proceso de evaluación clínica y adecuación del tratamiento.

Se ha desarrollado un programa en línea gratuito (*www.innerlife.com*) para orientar a los pacientes en la selección de un tratamiento óptimo y para ayudarlos a encontrar al clínico que mejor puede llevar a cabo el tratamiento (material en inglés). Por un costo modesto los clínicos tienen acceso a un programa de la compañía (en el mismo sitio web)

que los ayuda a planear un tratamiento con base en la investigación que sea a la vez amplio y flexible en la aplicación de los principios fundamentales de cambio. Completar la evaluación requiere aproximadamente 15 minutos y lleva a la persona por una serie de preguntas ramificadas. Una vez que dicho instrumento (Innerlife STS) es completado, genera un reporte para el paciente que aborda cuestiones del tratamiento ajustadas a la persona.

- Áreas de preocupación potenciales.
- Tratamientos por considerar.
- Tratamientos por evitar.
- Estilos compatibles de terapeuta.
- Elección de un psicoterapeuta.
- Recursos de autoayuda.

Un conjunto similar de temas del tratamiento son abordados con más detalle en el reporte paralelo dirigido al clínico y se encuentra disponible en el mismo sitio web. Este reporte más detallado incluye también consideraciones programáticas que deben considerarse al estructurar el ambiente y orientar al personal de los centros de tratamiento respecto con lo que se necesita para el cambio efectivo.

ESTUDIO DE CASO: AMBER

Encuentros iniciales

El padre de Amber se puso en contacto con el consultorio de práctica privada en busca de psicoterapia para su hija de 32 años, divorciada, estadounidense europea, después de su liberación de prisión programada para el siguiente mes. El padre fue informado de que había una lista de espera de tres meses, se le canalizó al consultorio de un compañero psiquiatra para empezar la farmacoterapia y se le ofrecieron los nombres de otros psicólogos. Amber y sus padres decidieron esperar para ver a uno de los autores (J. C. N.), pero ella empezó a asistir a las reuniones de Alcohólicos Anónimos (AA) cinco días a la semana y dos meses antes de iniciar la psicoterapia comenzó un antidepresivo (fluoxetina, de 890 mg) y un ansiolítico (BuSpar, 20 mg tres veces al día). Aunque la demora no fue clínicamente recomendable, de manera fortuita permitió obtener una línea base y control para la comparación con los efectos subsecuentes de la psicoterapia. Es decir, en la evaluación inicial se pudieron establecer los efectos existentes de los medicamentos y la participación en Alcohólicos Anónimos de manera separada y anterior a la psicoterapia. Los dos medicamentos continuaron en el curso de la psicoterapia bajo la supervisión de un psiquiatra.

En la primera sesión, se hicieron preguntas abiertas estándar.

TERAPEUTA: Señora Smith, ¿qué la trae aquí hoy? ¿Qué espera lograr?

CLIENTE: Bueno, estoy deprimida y soy una adicta en recuperación. Hace un par de meses salí de prisión, donde me diagnosticaron trastorno límite de personalidad. Supongo que quiero trabajar en todo eso.

Se inicia la historia de la paciente, hacia quien se dirige de manera respetuosa como Señora Smith hasta que permitiera llamarla Amber, cosa que hizo al cabo de 10 minutos. También se inicia la historia narrativa y las preocupaciones de la cliente. La tarea principal en la primera sesión es doble: cultivar una relación empática y de aceptación en la que la cliente se sienta entendida y valorada, y recabar información suficiente para empezar a planear juntos el tratamiento.

Amber compartió una historia turbulenta y complicada. Desde que podía recordar se había sentido deprimida, solitaria e incompetente a pesar de tener una familia cariñosa y estable. Tres cursos de psicoterapia, cuya duración iba de tres meses a un año cada uno, y múltiples antidepresivos hicieron poco para aliviar su tristeza. Aproximadamente cinco años atrás empezó a malversar fondos de la empresa legal donde trabajaba como asistente jurídico y ayudaba con la contabilidad. El dinero robado fue usado para financiar e incrementar una costosa adicción a los opiáceos, benzodiacepinas y alcohol. "Eso me ayuda a adormecerme". Su juego patológico y robo en tiendas aumentaron conforme las drogas relajaban su control de impulso y deterioraban su juicio aún más. Descendió al robo para sostener su hábito y a la infidelidad con hombres que le

proporcionaban drogas. Su conducta de cortarse, su labilidad emocional y su temor al abandono se intensificaron. La malversación de Amber fue descubierta por la empresa legal, la policía la atrapó con bienes robados y su esposo, con quien estuvo casada tres años, se enteró de su serie de aventuras. En cuestión de semanas Amber quedó despedida, encarcelada y divorciada; pasó dos años en prisiones del condado y estatal hasta que fue liberada de manera anticipada por buena conducta y sentenciada a varios años de libertad bajo palabra.

Un examen abreviado de su condición mental reveló que esta mujer, bien orientada y bien nutrida, parecía más joven de la edad declarada. Durante la entrevista Amber se mostró amable, respetuosa y locuaz. Parecía visiblemente angustiada por su situación y reconoció ideación suicida, pero sin planes o intenciones. Su estado de ánimo era depresivo y ansioso, pero apropiado. No se observó evidencia o quejas de psicosis, manía o agresión. La evaluación detallada de su funcionamiento se realizaría entre sesiones en visitas subsecuentes.

El terapeuta, al enterarse que las tres experiencias previas de Amber con la psicoterapia no habían resultado particularmente exitosas, comenzó a explorar qué había funcionado y qué no había funcionado en esos tratamientos, definiendo y adecuando de ese modo la relación colaborativa.

TERAPEUTA: A partir de esas experiencias Amber, ciertamente aprendió cómo podría ayudarla más un psicoterapeuta. En condiciones ideales ¿qué debería hacer? ¿Y qué no debería hacer?

AMBER: Bueno, en realidad no lo sé… (*suena vacilante e incrédula*)

TERAPEUTA: No pretendo ponerla en una situación difícil (atribuyendo su renuencia a expresar sus preferencias a mi pregunta inesperada más que a su deferencia central a las autoridades). En nuestro trabajo juntos le pediré que me brinde retroalimentación sobre nuestro progreso y sobre lo que hacemos aquí. Esa es la colaboración honesta que esperamos crear. ¿Es posible que haya pensado en lo que funcionó y lo que no funcionó en sus tratamientos previos?

AMBER: Bueno, el que tuve con el Dr X no me enseñó nada, pero él era muy amable y me apoyaba. Él me agradaba pero no hice ningún progreso. El Dr Y me pidió que hiciera asociaciones libres y que le contara mis sueños. Eso fue interesante, pero no me ayudó a sentirme mejor.

TERAPEUTA: Me queda claro que no debemos repetir esos errores: ser sólo agradable sin enseñarle nuevas habilidades y dejarla demasiado… ¿desestructurada?

AMBER: …. y demasiado pasiva. Necesito algunas habilidades, direcciones, formas de enfrentar todo esto [sus problemas].

Amber nombró otras preferencias de transparencia en el proceso, metas entre sesiones (conocidas también como tareas), y materiales de lectura. Sus preferencias fluyeron de manera natural en la exploración de los respectivos roles y su colaboración activa en la

psicoterapia. A nivel intelectual demostró entender la importancia de un cliente activo, pero en lo emocional se sentía inadecuada para emprender la tarea. "He sentido esto toda mi vida. Sé lo que quiero, pero no puedo obtenerlo".

Así, la psicoterapia empieza con una explicación y una experiencia de la forma en que se podría proceder. Para asegurar que el tratamiento avanza con su consentimiento informado y colaboración activa, se desarrollaron en conjunto tres actividades entre sesiones. Primero, Amber permitió hablar con su psiquiatra y obtener sus registros psicológicos de la prisión, y pidió responder al oficial responsable de su libertad condicional, quien se pondría en contacto con su terapeuta. Segundo, por petición del terapeuta, Amber aceptó completar un inventario de su historia de vida y una serie de pruebas psicológicas exhaustivas, administradas por computadora, para abarcar el área esencial. Sus respuestas a la prueba serían revisadas en la siguiente sesión. Y, tercero, Amber establecería la prioridad de sus metas para el tratamiento. Entre los cambios deseables, ¿en cuáles le gustaría enfocarse al inicio?

Todas esas actividades fueron diseñadas para iniciar el proceso de terapia y para activar la colaboración de Amber, a pesar de sus experiencias infructuosas con la terapia en el pasado. Ambos terminaron la primera sesión con un sentimiento de conexión, más optimistas, pero un poco abrumados por la magnitud de sus problemas.

Historia y antecedentes

Amber fue la menor de tres hijos (chica, muchacho, chica) y experimentó los hitos normales del desarrollo. De acuerdo con sus recuerdos y el reporte independiente de su madre, Amber sufrió ansiedad generalizada "desde el nacimiento" y durante la adolescencia. Ni la paciente ni sus padres reportaron una historia de trauma; todos coincidían en que la vida familiar era estable y relativamente benigna. Ambos padres eran profesionales y los dos parecían profundamente preocupados por Amber y su futuro.

La paciente tuvo éxito académico pero falló en las amistades. Terminó el bachillerato con buenas notas y avanzó para obtener una licenciatura y otro año de entrenamiento como asistente legal. Desde que inició la escuela, Amber sufrió sentimientos de inadecuación, baja autoestima, evitación y reticencia escolar. Fue eso último y un breve ataque de acoso lo que la llevó al consejero escolar en la escuela primaria para recibir varias sesiones de consejería.

Su adolescencia fue marcada por el logro académico callado y una serie de trastornos de interiorización: robos "secretos" en tiendas, automutilación no suicida, y consumo de alcohol antes de las clases en el bachillerato ("para elevar mi estado de ánimo y tranquilizar mis nervios"). En la universidad se volvió bulímica por un año. Relató que "nadie se había enterado" del trastorno alimentario o de las otras disfunciones, y que ella "lo guardaba todo en su interior".

En ese punto Amber entró en terapia individual en tres ocasiones en un lapso aproximado de cinco años, mientras trabajaba al mismo tiempo con dos psiquiatras diferentes. Amber reportó que cuando esos tratamientos no lograron disminuir su angustia, "se rindió" y empezó la espiral descendente de adicción, descontrol de los

impulsos, y malversación que en cuestión de semanas llevó a su despido, encarcelamiento y divorcio.

La historia médica no era nada especial: un brote de asma en la niñez que superó, una pierna rota por un accidente deportivo, y alergias estacionales. Con la excepción de los fármacos psicotrópicos, Amber no tomaba medicamentos y era atendida regularmente por su médico de cabecera y su ginecólogo. Disfrutaba de buena salud física y era ávida del ejercicio. Desde que fue liberada de prisión había empezado a fumar algunos cuantos cigarrillos diarios, pero cuando inició la terapia había mantenido la abstinencia de alcohol y drogas durante 60 días.

En contraste, la historia familiar presentaba múltiples trastornos mentales. Su hermana mayor fue hospitalizada por un trastorno alimentario y sufría trastornos de ansiedad, por lo que seguía en psicoterapia. Su hermano experimentaba niveles clínicos de ansiedad y depresión, que de manera periódica lo llevaban a recibir psicoterapia y farmacoterapia. La madre de Amber, según varios informes, sufría fuertes tendencias obsesivas y agorafóbicas para las cuales había buscado atención profesional. Su padre era caracterizado como "muy ansioso", pero al parecer no recibía tratamiento.

Evaluación y formulación

Además del examen sobre la condición mental realizado en la segunda reunión y el inventario de su historia de vida completada entre sesiones, Amber completó el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Como se muestra en la figura 15-3, las puntuaciones en los dos instrumentos de Beck se ubicaban en el rango severo al ingreso (BDI-II = 37; BAI = 49). Las puntuaciones de Amber sobre la intensidad del impulso en la última semana en una escala análoga visual de 11 puntos (0 = *Ninguna* a 10 = *Lo peor*), fue de tres para el alcohol, dos para las drogas, ocho para el juego y nueve para el robo en tiendas.

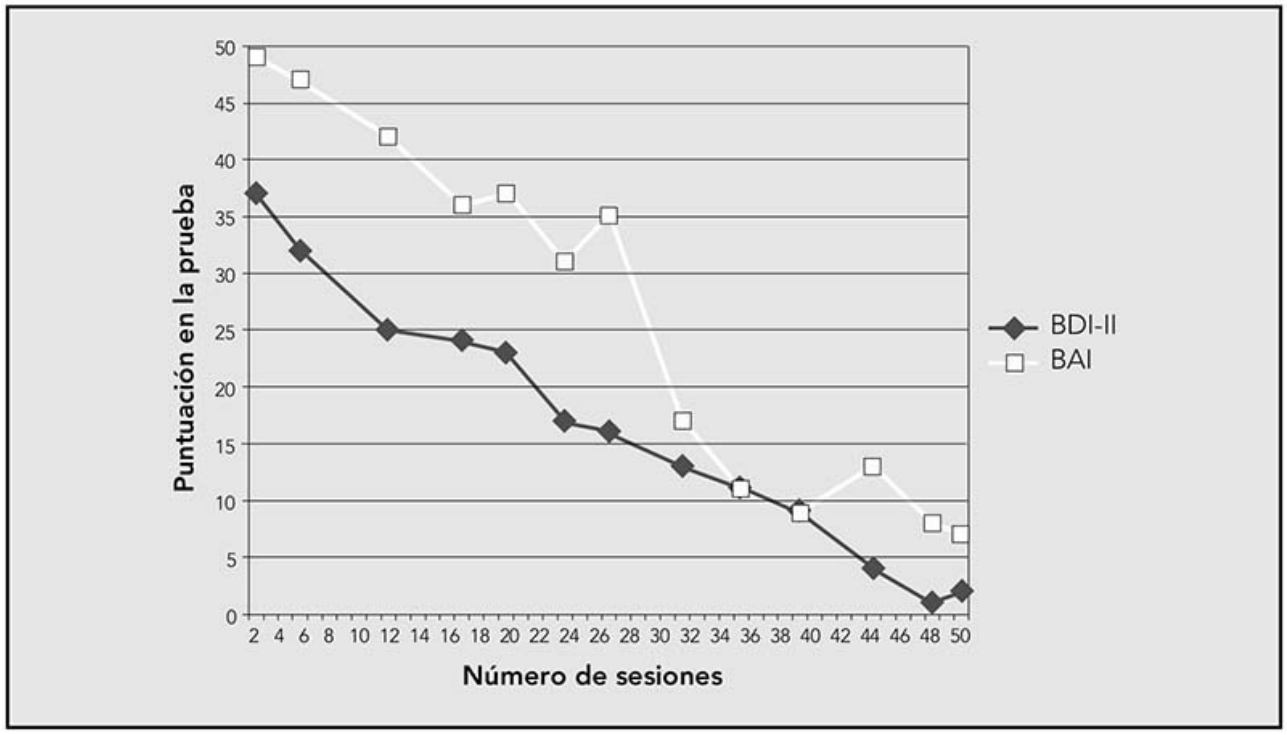


Figura 15-3. Puntuaciones de Amber en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) a lo largo de las sesiones.

El perfil de Amber en el MMPI fue clínicamente elevado en múltiples escalas, incluyendo las escalas D, Pt y Sc, y sugería problemas psicológicos inusualmente severos (Código Welsh 87**21*3460''`9+/5:F***+L-K/). La depresión, ansiedad e introversión social se ubicaban por arriba del percentil 99. Lo mismo que dos escalas que medían los síntomas del trastorno por estrés postraumático. El reporte de interpretación generado por la computadora indicó que "los individuos con este perfil clínico del MMPI-2 se caracterizan por un patrón de inadaptación psicológica. La cliente se ve abrumada por ansiedad, tensión y depresión. Se siente indefensa y sola, inadecuada e insegura, y cree que la vida no tiene esperanza y que nada funciona bien. Trata de controlar sus preocupaciones por medio de la intelectualización y el autoanálisis improductivo, pero tiene dificultades para concentrarse y tomar decisiones". Su estilo de afrontamiento es marcadamente introvertido (en el percentil 99) y evasivo (por arriba del percentil 95); sus relaciones interpersonales tienden a ser ambivalentes, "nunca confía ni ama por completo a nadie. Muchos individuos con este perfil no establecen nunca relaciones íntimas duraderas". Los dos indicadores negativos del tratamiento también eran bastante elevados: la poca motivación de Amber y su incapacidad para revelar cosas personales se encontraban por arriba del percentil 95.

Al mismo tiempo, a pesar de la pésima imagen de sus síntomas, se hicieron evidentes varias fortalezas de la paciente. Amber había sobrevivido a varios años de prisión, había buscado psicoterapia voluntariamente luego de tres esfuerzos decepcionantes, y se estaba esforzando por relacionarse con su terapeuta de una manera honesta y comunicativa. Era

una sobreviviente resiliente con un agudo intelecto y una familia que la apoyaba. Sabía en su corazón, y así lo decía, "esta vez (la psicoterapia) debe funcionar o terminaré por regresar a prisión".

Al mismo tiempo, el método de tratamiento se interesaba menos en los diagnósticos formales y más en entender a Amber en su singularidad y su complejidad. Aunque esto no quiere decir que los diagnósticos sean intrascendentes. En la segunda sesión se revisó el inventario de la historia de su vida y los resultados de las pruebas psicológicas. Aunque no eran halagadores, los resultados de las pruebas dieron en el blanco y la hicieron decir que la describían a la perfección. Amber valoró la discusión honesta de sus múltiples trastornos, algo que no había experimentado o no recordaba que hubiese ocurrido en sus tratamientos previos. Quedó particularmente sorprendida por sus altos niveles de ansiedad, a los que solía llamar depresión, y por las múltiples indicaciones del trastorno por estrés postraumático surgidas de su arresto y encarcelamiento.

El examen de su estado mental, su historia clínica y los resultados de las pruebas mentales convergieron en una serie de trastornos diagnosticables por el DSM-5: trastorno depresivo mayor, dependencia de polisustancias, trastorno de ansiedad generalizada (crónica), juego patológico, cleptomanía/robo en tiendas, trastorno límite de la personalidad y rasgos destacados de personalidad evasiva. Su Evaluación Global de Funcionamiento (EGF) fue de 50.

Pero la evaluación no es suficiente para propósitos de tratamiento si se detiene en los trastornos e incluso en las fortalezas. ¿Qué hay acerca de Amber como persona, más allá de una lista de diagnósticos? ¿Cuáles son sus preferencias de tratamiento, su nivel de reactancia, su etapa de cambio, su estilo de afrontamiento y su cultura? En términos de rasgos de personalidad, Amber es baja en reactancia, casi patológicamente no asertiva y dependiente, y su estilo de afrontamiento es fundamentalmente de interiorización. Aunque la cleptomanía y el abuso de sustancias por lo general indican un estilo de externalización, la paciente ocultaba de los demás la mayoría de sus problemas. En términos de las etapas de cambio respecto con problemas específicos, Amber se encontraba en la etapa de preparación para su ansiedad, en la etapa de acción inicial para la depresión, en la etapa de acción para el juego y el robo en tiendas, y en la etapa inicial de mantenimiento para el abuso de sustancias. Dos excepciones con una carga de temor surgieron de su patrón de "querer enfrentar los problemas", Amber se encontraba en la etapa de contemplación para el trastorno límite de la personalidad y el trastorno por estrés postraumático. Reconoció que no entendía bien el diagnóstico del trastorno límite que le hicieron en prisión y que lo que entendía le resultaba aterrador y pesimista. Tampoco estaba dispuesta todavía a discutir los métodos de tratamiento para el trastorno por estrés postraumático relacionado con la prisión. Se accedió a sus preferencias y se respetó su etapa inicial de contemplación para esas condiciones. En términos de la cultura, Amber se identificó como una adicta en recuperación, de persuasión europea estadounidense y de orientación heterosexual.

Preparación de la paciente

Cuando Amber se presentó a la segunda sesión lucía más cómoda y menos angustiada. Se le hizo esa observación a lo que respondió, "Me sentí mejor la semana pasada". Se le preguntaron sus impresiones de la primera sesión como un medio de desarrollar la colaboración, recibir retroalimentación y comunicar la necesidad de consenso en metas y tareas. Se discutieron sus experiencias, incluyendo su percepción de sentirse cómoda con el terapeuta y sus sentimientos de vergüenza y culpa al revelar el "espantoso desastre que era su vida". Se le indicó que estaba impresionante su apertura y honestidad, sobre todo dada su historia de secretismo y el hecho de que era la primera sesión. Al cabo de unos minutos coincidió en que había un buen ajuste entre terapeuta y paciente y se revisaron los resultados de las pruebas (como se resumió antes).

De acuerdo con sus etapas de cambio, Amber decidió que en las primeras sesiones quería enfocarse en tratar su depresión y en mantener su abstinencia de las drogas. Esas preferencias coincidían con la secuencia usual de las metas de tratamiento de pacientes con trastornos múltiples. La prioridad sería disminuir las conductas suicidas (y el regreso a prisión), luego las conductas que interferían con la terapia y después la reducción de las conductas que interferían con la calidad de vida (Linehan, 1993a). Estuvo de acuerdo con empezar con psicoterapia individual semanal con la advertencia de que aumentaría la frecuencia si su angustia y deterioro no disminuían pronto.

La preparación del paciente para la psicoterapia adopta dos formas: una corresponde a las demandas de roles de la psicoterapia en general, y otra a los métodos específicos de tratamiento en particular. Buena parte de la segunda sesión se dedicó a establecer los cimientos para la psicoterapia (confidencialidad, cancelaciones, contactos con el terapeuta, manejo de crisis, servicios de respuesta, pagos, entre otros) y luego a inducir el papel de Amber como paciente activa e informada del proceso. Como paciente experimentada con la terapia, Amber entendió rápidamente esta información, hizo unas cuantas preguntas de aclaración y se mostró de acuerdo con el marco del tratamiento. Con un paciente menos experimentado debería dedicarse más tiempo a esas cuestiones.

Un elemento adicional de la preparación es presentar la idea de que la psicoterapia es una sola parte del plan más inclusivo del tratamiento. La investigación indica que los pacientes con deterioro funcional responden mejor a un tratamiento exhaustivo. En concreto, los pacientes con mayor daño o discapacidad se benefician de más tratamiento, de un tratamiento más prolongado, de medicamentos psicoactivos, de formatos múltiples de terapia (individual, de pareja, grupal), y de esfuerzos explícitos por fortalecer sus redes de apoyo social (Beutler, Harwood, Alimohamed y Malik, 2002). Los pacientes que sufren de trastornos del estado de ánimo y de consumo de sustancias son casos concretos; para decirlo de manera sencilla, los problemas complejos requieren tratamientos complejos.

El segundo aspecto de la preparación es la explicación de los métodos particulares de tratamiento, en este caso, se inició con la terapia cognitivo-conductual para la depresión y la prevención de recaídas para el abuso de sustancias, el juego y el robo en tiendas. De inmediato se hizo evidente que esos tratamientos particulares eran adecuados para Amber por distintas razones: coincidían con su etapa de cambio (acción y mantenimiento,

respectivamente), con su bajo nivel de reactancia (que requiere tratamientos más directivos y guiados por el terapeuta), y con sus preferencias por herramientas de cambio y asignación de tareas. Además, por supuesto, la terapia cognitivo-conductual y la prevención de recaídas disfrutan de evidencia empírica sólida que apoya su efectividad en el tratamiento de los trastornos de Amber.

La psicoterapia funciona mejor cuando el método y el estilo de relación se ajustan a la etapa de cambio del cliente y luego evolucionan de acuerdo al progreso del cliente por las etapas en el curso del tratamiento. En el caso de los contempladores, el papel óptimo como terapeuta es similar al de un maestro socrático que alienta a los clientes a alcanzar sus propias hipótesis sobre su condición. Dado que Amber se encontraba en la etapa de acción, ese papel se transformó en el de un entrenador experimentado, comprensivo, que ha pasado por muchos partidos cruciales y puede ofrecer un buen plan de juego.

Aunque la investigación indica claramente que las etapas de acción y mantenimiento de Amber y su baja reactancia favorecían el uso de métodos directivos por parte del terapeuta, éste tuvo que exponer de manera delicada que, con el tiempo, habría de transferirle más responsabilidad y autodirección. Amber, con una historia permanente de dependencia y baja reactancia, respondería mejor a una postura directiva por parte del terapeuta. Al mismo tiempo, era importante no restablecer, de manera consciente o inconsciente, la relación no asertiva y subordinada de Amber con el terapeuta poderoso. Por consiguiente, se comentó esta cuestión al inicio de la tercera sesión y el terapeuta se comprometió a una relación cambiante en términos de los respectivos roles.

TERAPEUTA: La última vez acordamos que sería un terapeuta activo y directivo con planes de acción y tareas para abordar su depresión y consumo de drogas. (*Amber asiente con la cabeza mostrando su acuerdo).* La evidencia empírica también apoya eso. Mi preocupación es que actuar de esa manera pueda reforzar su tendencia a comportarse de manera dependiente y deferente hacia otros. ¿Tiene eso sentido?

AMBER: Mmm. Sí, no lo había pensado, pero veo que es probable que eso pase. Yo dependería más de usted.

TERAPEUTA: Eso estará bien en el corto plazo, mientras disminuimos su depresión y mantenemos su abstinencia. Pero a la larga, el hecho de que dependa demasiado de mí complicaría su estilo de personalidad poco asertivo. ¿Podría sugerir una forma de salir de la paradoja? En nuestras primeras sesiones seré más directivo, tomaré la directiva de modo que pueda disminuir su depresión y afirmarse en su sobriedad. Una vez que eso suceda, en las últimas sesiones le pediré y la enseñaré a volverse más asertiva, a tomar la directiva. Seré un poco parecido a Alcohólicos Anónimos -justo ahora usted depende mucho de su padrino, pero es probable que algún día usted apadrine a otros. ¿Qué le parece?-

Esta distinción entre metas intermedias y metas últimas casi siempre se recibe con entusiasmo, como sucedió en el caso de Amber. La meta intermedia es reducir la angustia sintomática; la meta última es reestructurar la conducta interpersonal. La psicoterapia puede ser más directiva en el corto plazo para avanzar a relaciones más

maduras y asertivas en el largo plazo.

Por supuesto, la evaluación continua ayudaría a perfeccionar las metas de Amber, y su éxito inicial daría lugar a otras metas. Sus metas inmediatas y, como ella lo planteó, "el lugar en que se encontraba" (en las etapas de cambio) consistían en reducir la depresión y mantener su abstinencia. Esas metas reflejaban dónde radican su compromiso y su acción, y representaban las mejores oportunidades de disminuir su ideación suicida y la probabilidad de que regresara a prisión. En sesiones posteriores se abordaron de manera más completa su ansiedad crónica, su trastorno por estrés postraumático y la matriz de síntomas límites de personalidad.

Supervisión del progreso

En el curso de la psicoterapia, se obtuvo de manera rutinaria retroalimentación de la cliente en tiempo real relacionada con tres áreas cruciales: funcionamiento y síntomas de la paciente; consenso en tarea y meta; y satisfacción con el estilo de relación en la terapia. En términos de la supervisión de síntomas, Amber y su terapeuta acordaron que ella respondería el Inventario de Depresión de Beck-II y el Inventario de Ansiedad de Beck cada cuatro sesiones (una vez al mes) para supervisar su progreso. (La figura 15-3 presenta esos resultados). En la psicoterapia más larga la medición más frecuente resulta ser innecesaria y con frecuencia molesta a los pacientes. En la mayoría de las sesiones, Amber calificó sus deseos intensos de beber, consumir drogas, jugar y robar en tiendas durante la última semana en una escala análoga visual de 11 puntos, donde 0 = *Ninguno* y 10 = *El peor*.

En términos de la satisfacción con el tratamiento y el estilo de relación, por lo general se hacen preguntas directas de los clientes siguiendo la calificación y revisión de las medidas de resultado de los síntomas. Éstas empiezan con preguntas abiertas generales como "¿Qué tal va la psicoterapia? ¿Cómo lo estamos (la relación) haciendo?" Luego seguimos con preguntas más enfocadas según lo dictan las respuestas del cliente y las situaciones. En el caso de Amber, éstas podrían ser del tipo "¿Qué le ha ayudado más hasta ahora? ¿Qué ha sido lo menos útil? ¿Qué tanto hemos respetado sus preferencias? ¿Siente que soy lo bastante directivo y que le brindo herramientas suficientes? ¿Cómo podemos mejorar las cosas?"

Se dispone de varios instrumentos estandarizados para evaluar dos o más de esas áreas cruciales: el COMPASS (Lueger *et al.,* 2001), el sistema de Resultados Clínicos en la Evaluación Rutinaria (RCER; de gran uso en el Reino Unido; Barkham *et al.,* 2001), el Sistema de Compañeros para el Manejo de Resultados de Cambio (SCMRC; Miller, Duncan, Sorrell y Brown, 2005) y el Cuestionario de Resultados-45 (CR-45; Lambert *et al.,* 2004). El favorito, el sistema Innerlife STS (www.innerlife.com), proporciona versiones para el clínico y el cliente, y ofrece información previa y durante el tratamiento. El punto importante no es el sistema particular de supervisión de resultados sino que el terapeuta recabe la información de manera regular. En el caso de los terapeutas novatos que no están acostumbrados a plantear esas preguntas, sobre todo las que se relacionan con la satisfacción con el tratamiento y la relación, se recomienda

fuertemente el uso de sistemas de medición formal.

Proceso de tratamiento

Una vez que se creó una alianza suficientemente empática, se recabó información diagnóstica y transdiagnóstica suficiente para crear un plan de tratamiento, y se preparó a la paciente, en la cuarta sesión se procedió a conducir la terapia cognitivo-conductual para la depresión y la prevención de recaídas.

La terapia cognitivo-conductual sigue un protocolo bastante estándar: se informa al paciente sobre el modelo cognitivo de la depresión, se le guía en la identificación de pensamientos depresógenos, se le pide que registre esos pensamientos entre sesiones, y se le enseña a cuestionarlos y rebatirlos, y a reemplazarlos con atribuciones y afirmaciones de afrontamiento más saludables. El paciente accede también a la activación conductual: salir de su casa en principio por al menos tres horas al día (que más adelante en la terapia aumenta gradualmente a seis horas) y hacer trabajo voluntario cuatro horas a la semana (que al final progresa a 15 horas a la semana). Se le presentó a Amber una lista de libros de autoayuda para la depresión recomendados por psicólogos y apoyados por la investigación (Norcross *et al.,* 2013), y decidió leer *Sentirse Bien: Una nueva Terapia contra las Depresiones* (Burns, 1999). Después decidió comprar el libro de trabajo acompañante y a menudo lo llevaba consigo a la sesión para revisar las hojas de trabajo.

Se le dedicó casi la mitad del tiempo de la sesión a la terapia cognitivo-conductual para su depresión y la otra mitad a la prevención de recaídas (PR) para sus problemas con el alcohol, consumo de drogas, robo en tiendas y juego. En las reuniones de Alcohólicos Anónimos Amber tomó consciencia de que la recaída es el resultado más común a largo plazo en el tratamiento de las adicciones. Amber sintió con mayor urgencia la presión de regresar a prisión si era sorprendida consumiendo drogas o robando en tiendas.

La prevención de recaídas es un entrenamiento de automanejo diseñado para evitar el reciclaje y para fortalecer la etapa de mantenimiento (Marlatt y Donovan, 2007). Durante las discusiones dentro de las sesiones y las lecturas entre sesiones, se enseñó a Amber a entender las recaídas como un proceso, identificar las situaciones de alto riesgo, aprender a afrontar los deseos intensos de involucrarse en la conducta adictiva y alcanzar un estilo de vida equilibrado. Sus desencadenantes de mayor riesgo correspondían a la inactividad, estados de ánimo negativos y un subconjunto particular de amigos. Por fortuna, los dos primeros fueron abordados de manera fructífera en la terapia cognitivo-conductual para la depresión. Se dedicó mucho tiempo de la sesión a la actualización de la consigna de sus reuniones de Alcohólicos Anónimos de "evitar personas, lugares y cosas" para minimizar el tiempo que pasaba con esos amigos. También se practicó y repasó la forma de "navegar entre los antojos" para las ocasiones en que, a pesar de evitar los desencadenantes, Amber se enfrentara con esos deseos intensos.

Como usuaria entusiasta de la computadora, Amber decidió buscar en la Red publicaciones sobre prevención de recaídas y encontró un metaanálisis (que obviamente no entendió del todo) sobre su efectividad en 26 estudios que representaban una muestra

de 9 504 pacientes (Irvin, Bowers, Dunn y Wang, 1999). Los resultados revelaron que la prevención de recaídas por lo general es efectiva, ciertamente más que los controles sin tratamiento, y que es particularmente efectiva para los trastornos por consumo de alcohol y polisustancias. "Justo como yo", reconoció Amber sonriente en la sesión.

En una de las sesiones, la treceava o la decimocuarta, Amber apareció inusitadamente reticente a participar en el trabajo terapéutico. Le pregunté por sus intereses y respondió de manera poco convincente, "Oh, sólo estoy cansada hoy". El patrón persistió en la siguiente sesión:

TERAPEUTA: No parece estar concentrada [en la psicoterapia] hoy. Me parece diferente, igual que la semana anterior. No veo la energía ni la chispa que solemos tener. ¿Qué ha experimentado o sentido en las sesiones recientes?

AMBER: Bueno… No lo sé… Me siento molesta.

TERAPEUTA: Gracias por decírmelo. Me doy cuenta de que para usted es algo difícil, expresar con alguien su molestia o decepción. Bien por usted.

AMBER: Es difícil… (*una pausa de alrededor de 30 segundos*) La última vez [sesión] pensé que usted no entendía lo difícil que ha sido trabajar en todas esas cosas. Me pareció que me criticaba por no hacer suficiente.

TERAPEUTA: Usted sintió que no valoraba su trabajo duro, en la psicoterapia y en casa, y que criticaba sus esfuerzos…

AMBER: Sí, es correcto. Pero ahora temo que lo esté decepcionando o que lo esté haciendo enojar…

TERAPEUTA: Seguro que no, Amber. Siento lo opuesto. Me siento contento y orgulloso de que se arriesgara a ser asertiva y me contara cómo se siente hoy. Esa es una forma maravillosa de ser, pero los sentimientos en su interior no lo son tanto. ¿Verdad?

Amber estuvo de acuerdo en que se trataba de sentimientos conflictivos para ella: la afirmación desencadenaba su temor al rechazo o al abandono. Cuando le pregunté cuándo se había sentido de esa forma antes, de inmediato dijo -literalmente de inmediato, hablando antes de que yo terminara la pregunta- "mi padre". Eso dio lugar a un amplio proceso en que Amber habló de cómo percibía que su padre hacía comentarios comprensivos, pero que en su conducta se mostraba crítico e intolerante. Sin estímulo, hizo la observación, "Oh, eso es lo que estaba diciendo ahora de usted…".

Al final de su psicoterapia, Amber coincidió en que esta sesión fue un punto decisivo para ella. Encontró su voz para expresar su desagrado con el terapeuta (una figura masculina de autoridad) y descubrió que estaba transfiriendo o proyectando en él (y probablemente en otros) sentimientos que originalmente estaban asociados con su padre.

Es muy probable que una falla en la empatía o una mirada neutral de parte del terapeuta desataran ese sentimiento, pero los sentimientos subyacentes con certeza pertenecían a su padre.

Más allá de la consciencia de sí misma, esta sesión también solidificó la relación ya que demostró *en vivo* una manera en que se podía reparar cualquier ruptura en la alianza (Safran, Muran y Eubanks-Carter, 2011). El terapeuta puede responder de manera no defensiva, atender con empatía y de forma directa a la relación, entender la dinámica mutua, ajustar la conducta (de ser necesario) y prestar atención al patrón conflictivo de relación del paciente. En varios estudios, la reparación de la ruptura predice resultados positivos del tratamiento (Safran *et al.,* 2011). Al final de la sesión, Amber dijo que había experimentado "un avance", y el terapeuta sintió que ese era uno de los buenos momentos en el trabajo conjunto.

En alrededor de 20 a 22 sesiones, la depresión de Amber disminuyó. Su puntuación en el Inventario de Depresión de Beck-II se redujo a la mitad (figura 15-3) y su ideación suicida desapareció. Sus deseos intensos de consumir cayeron a 0-2, y no se presentaron resbalones en el consumo de drogas o alcohol, en el juego o en el robo en tiendas.

Rebosante de una confianza recién encontrada y una genuina esperanza en el proceso, Amber estaba lista para trabajar en su ansiedad y en su trastorno por estrés postraumático. Sin embargo, seguía en conflicto y temerosa. Su término favorito era "depresión" y le resultaba novedoso e inquietante entender "ansiedad".

Por supuesto, existen muchos medios terapéuticos para abordar la ambivalencia y la resistencia, pero en el caso de Amber se eligió la entrevista motivacional (EM) porque coincidía con la relación terapéutica, correspondía a la etapa de contemplación de la paciente y venía acompañada de un impresionante apoyo empírico de grandes efectos en un pequeño número de sesiones (Hettema, Steele y Miller, 2005). La entrevista motivacional amplía la terapia centrada en la persona ofreciendo métodos específicos para mover al paciente hacia el cambio conductual (Miller y Rollnick, 2002). De acuerdo con la orientación de la entrevista motivacional, se intentó:

- *Expresar empatía* usando la escucha reflexiva para comunicar comprensión de la ambivalencia de Amber respecto con la necesidad de enfrentar los problemas de ansiedad y del trastorno por estrés postraumático, y para expresar respeto a su necesidad de autopreservación.
- *Desarrollar discrepancia* entre la convicción de Amber de que sólo sufría depresión y abuso de sustancias, y los hallazgos clínicos de que también experimentaba ansiedad elevada.
- *Manejar la resistencia* recibiéndola con reflexión y curiosidad más que con confrontación.
- *Apoyar la autoeficacia* transmitiendo en forma activa el mensaje de que la paciente era capaz de cambiar.

La entrevista motivacional hace uso de la energía inherente que la resistencia trae a la interacción terapéutica, tratando de reorientarla de una forma que evite una ruptura en la relación terapéutica y permita el surgimiento del habla de cambio en el cliente. Así como un remero probablemente no remaría río arriba contra una corriente fuerte, el

entrevistador motivacional tampoco discute con los clientes. En lugar de ello, usa la resistencia aprovechando la energía del cliente para dirigir la interacción (Moyers y Rollnick, 2002).

La entrevista motivacional fue empleada para mejorar la motivación intrínseca de Amber para cambiar, explorar y resolver su ambivalencia. Después de tres sesiones en que se usaron principalmente métodos de la entrevista motivacional, Amber optó por confrontar su ansiedad y su trastorno por estrés postraumático. Tal como predijo Carl Rogers, los clientes pueden recorrer un largo camino en poco tiempo cuando se les brindan condiciones propicias, un terapeuta tolerante y autonomía considerable. La flexibilidad en el uso de la entrevista motivacional permite que sea integrada en otras psicoterapias para disminuir la ambivalencia del cliente y minimizar su resistencia (Miller y Moyers, 2005).

La mayor parte del tiempo de la sesión se enfocó luego a tratar la evitación de Amber, alimentada por su ansiedad y su trastorno por estrés postraumático relacionado con la prisión. La reestructuración cognitiva para la depresión ya la había preparado para el trabajo cognitivo de la terapia de exposición en su vida diaria. Amber decidió dirigirse en inicio a su temor a hablar en las reuniones de Alcohólicos Anónimos y a conducir en las autopistas. Para apoyar su elección y autonomía, se le pidió que leyera descripciones de los dos tratamientos más importantes para el trastorno por estrés postraumático: la exposición prolongada con prevención de respuesta y la desensibilización y reprocesamiento de movimientos oculares (DRMO). Después de hacerlo Amber decidió probar con este último tratamiento, razonando que la exposición prolongada requiere de abundantes tareas diarias, cosa que no ocurre en la desensibilización y reprocesamiento de movimientos oculares.

Al mismo tiempo, empezó a leer *Getting Past Your Past* (Shapiro, 2012), un libro de autoayuda reciente de quien desarrolló la desensibilización y reprocesamiento de movimientos oculares. Cuando Amber lo mencionó, el terapeuta la felicitó por tomar la iniciativa y luego admitió apenado que tendría que haber pensado en recomendárselo cuando ella expresó interés en materiales de autoayuda. En un intercambio que al final de la terapia Amber mencionó como un momento crucial, ella sonrió y advirtió que no debía pensar en términos de "debería". Yo reí por todo un minuto, incapaz de contenerme, la felicité por dominar la terapia cognitiva y luego opiné que la "estudiante se estaba convirtiendo en la maestra". Amber respondió con humor socarrón, "Sí, saltamontes", en alusión a una antigua serie de televisión (que el encantaba a su padre) donde el maestro veterano llama "saltamontes" a su entusiasta estudiante.

Antes de iniciar la desensibilización y reprocesamiento de movimientos oculares se introdujeron ejercicios de respiración y práctica de habilidades para tranquilizarse. Amber pasó luego por cinco sesiones alargadas (90 minutos) de desensibilización y reprocesamiento de movimientos oculares para abordar una serie de sucesos traumáticos ocurridos durante su encarcelamiento. Amber toleró bien las sesiones y entre sesiones utilizó con éxito la respiración y las habilidades para tranquilizarse por un par de pesadillas y escenas retrospectivas durante el día. Su ansiedad disminuyó notablemente

igual que sus unidades subjetivas de malestar (USM) atribuido a los hechos traumáticos. Al final de las cinco sesiones de desensibilización y reprocesamiento de movimientos oculares, las unidades subjetivas de malestar eran de uno o dos en cada evento, lo que ella consideró ecológicamente válido.

Mientras tanto, la exposición a hablar en las reuniones de Alcohólicos Anónimos y a manejar en autopistas continuó con éxito. La frecuencia de las participaciones verbales de Amber correspondía a la "persona promedio", lo que era su meta. Conducir en la autopista a una velocidad igual o superior a la mostrada como límite dejó de ser un problema. Además de cumplir esas metas, Amber aprendió la lección mayor de que la evitación reduce la ansiedad en el corto plazo, pero a la larga acarrea mucho más sufrimiento.

El trabajo de exposición *en vivo* continuó, pero empezó a ocupar menos atención en la sesión a medida que Amber empezó a enfrentar el amorfo trastorno límite de personalidad. Amber utilizó la biblioterapia para empezar lenta y didácticamente la educación sobre su estilo no asertivo y caracterizado por la búsqueda de aprobación. Se le ofreció una selección de recursos de autoayuda sobre afirmación y personalidad límite calificados positivamente por profesionales de la salud mental (Norcross *et al.,* 2013), y una vez más se le pidió que eligiera activamente en lugar de aceptar pasivamente la recomendación. Ella eligió no uno sino tres: *Your Perfect Right* (Alberti y Emmons, 1995), *Sometimes I Act Crazy* (Kreisman y Straus, 2006) para sus padres, y *El Manual de Entrenamiento de Habilidades para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad* (Linehan, 1993b) para ella.

Se inició con el entrenamiento de afirmación en las tradiciones conductual y feminista, explorando las diferencias entre afirmación y agresión; reestructuración cognitiva para su culpa y temor al rechazo cuando se mostraba asertiva; se examinaron los guiones de género sobre el poder en su familia y en la sociedad; durante las sesiones hubo practica en juegos de roles respuestas específicas; se videograbó a Amber durante los juegos de roles para hacer ajustes en su voz y sus palabras; y se desarrollaron, juntos, tareas que debería realizar con miembros de su familia. La afirmación es una meta no sólo fuera de la terapia sino dentro también. Se le recordó el pacto que había tomado varios meses antes cuando se acordó que ella avanzaría y tomaría más control sobre el trabajo. Ella coincidió y yo reí entre dientes al recordarle, "Yo soy ahora el saltamontes".

Exploraron luego más a fondo la identidad o esquema subyacente de Amber como inadecuada. Es difícil resumir la constelación de métodos entrecruzados de terapia que se usaron en las últimas 20 sesiones -procesamiento emocional, reestructuración cognitiva, entrenamiento de afirmación, interpretaciones de la transferencia y práctica activa-. El trabajo enfocado en la emoción se derivó de la tradición experiencial, e incluyó algunos diálogos de las dos sillas entre la parte competente y la parte inadecuada de Amber. En palabras de Amber, el ejercicio le proporcionó "claridad -realmente puedo ver cómo chocan y provocan un comportamiento extraño". Sus síntomas siguieron desapareciendo.

El yo emergente de Amber se enfrentó entonces con un sin fin de elecciones en su vida y en la terapia. ¿Debería tener un empleo seguro? ¿Qué había acerca de su vida

amorosa? ¿Tendría sentido graduarse de la escuela? ¿Qué le gustaría enfrentar en la terapia? Por supuesto, participé en esas discusiones, pero al final fue Amber quien tomaba las decisiones, sabiendo que contaba con apoyo.

A manera de resumen, se presenta aquí la forma en que Amber enfrentó de manera valerosa esos desafíos. Decidió continuar con su trabajo voluntario (ahora durante 20 horas a la semana) y buscar un empleo de medio tiempo. Presentar solicitudes de empleo la obligó a explicar sus dificultades legales y de adicción, lo que le provocó mucha ansiedad, pero logró superar las tendencias evasivas. Obtuvo un empleo de medio tiempo y empezó a salir en citas casuales, pero decidió que todavía no estaba lista para un compromiso romántico; se sentía encantada de que varios hombres la invitaran a salir y que dos de ellos buscaran algo "más profundo". Amber optó por tomar las decisiones "en su momento, cuando estuviera lista". Exploró varias opciones profesionales con la ayuda de un inventario de intereses vocacionales que se le aplicó y, como muchos clientes involucrados en psicoterapia y con Alcohólicos Anónimos, decidió reorientar su trayectoria profesional al campo del servicio social. Por último, el trabajo acumulado en los déficits de afirmación y el trastorno límite de personalidad la estimuló a crear límites diferentes con sus padres y a invitarlos a algunas sesiones conjuntas para renegociar una conexión entre adulto competente con adulto competente, en contraste con años de relación entre padres e hija loca.

Luego de unas 50 sesiones de psicoterapia, Amber advirtió, "No hemos calificado mis deseos intensos (de beber, consumir drogas, jugar o robar en tiendas) últimamente". Reflexioné por un momento y respondí, "Al parecer ya no hay necesidad de hacerlo, ¿o sí?" Decidieron mutuamente reconocer el progreso de Amber cambiando las sesiones semanales a sesiones cada dos o tres semanas.

A medida que la psicoterapia disminuía y que Amber consolidaba e interiorizaba su progreso, el terapeuta comenzó a pensar en su futuro. Gentilmente se le sugirió que la mejor protección contra la posibilidad de recaer en la depresión, el abuso de sustancias, la evitación, la ansiedad y los patrones de inadecuación era cuidar de sí misma. Amber pensó en ello por unas semanas, luego, en la siguiente sesión presentó una lista de acciones para cuidar de sí misma. La lista incluía disminuir la cantidad de cigarrillos que fumaba, continuar su asistencia a Alcohólicos Anónimos, hacer ejercicio físico, y una multitud de actividades asertivas y sociales.

Las sesiones de mantenimiento o refuerzo están indicadas cuando los problemas son complejos, cuando hay adicciones presentes, cuando el paciente presenta un daño elevado y cuando existe un trastorno de personalidad. Esas características se aplicaban ciertamente a Amber, por lo menos a la "antigua Amber" y que eran indicadores importantes de la tendencia a las recaídas. Por dichas razones, Amber y su terapeuta decidieron programar sesiones mensuales de mantenimiento por varios meses.

Problemas típicos

Para los pacientes que pasan por la terapia integrativa, el problema típico implica la carga de una gran cantidad de trabajo dentro de la sesión y entre sesiones. Dado que es

deliberadamente más inclusivo y ambicioso, es probable que el tratamiento integrativo pida más del cliente. De manera rutinaria se colabora con las tareas -porque la investigación apoya con fuerza esa práctica (Kazantzis, Whittington y Dattilio, 2010) y porque Amber explícitamente lo solicitó-. En colaboración con el cliente, el terapeuta debe "dosificar" apropiadamente la cantidad de trabajo y asegurarse de que el malestar motivacional del cliente es motivador y no discapacitante. En el caso de Amber la pregunta recurrente era, "¿Le parece que esto es un reto pero que no la abruma?"

Para los terapeutas que conducen la terapia integrativa un problema común implica replegarse a su estilo de relación y método de tratamiento estándar. Por ejemplo, cuando la investigación recomienda una postura más directiva, los terapeutas pueden empezar de esa forma y luego, regresar gradualmente a su postura acostumbrada menos directiva. O, en otro ejemplo, los terapeutas más acostumbrados a trabajar con pacientes en la etapa de acción pueden empezar en una postura más exploratoria compatible con la etapa de contemplación del paciente, para luego ofrecer procesos orientados a la acción antes de que el paciente esté listo para sumergirse en esa etapa. Esos fallos tienden a corregirse mediante las reevaluaciones periódicas, la retroalimentación continua del cliente y la consciencia del terapeuta para ajustarse al paciente (y no sólo a sí mismo).

Para los terapeutas novatos, el desafío central en el enfoque es evitar los extremos: enfatizar en exceso el método de tratamiento o la relación de curación, apegarse más a las reglas del manual de tratamiento o a un sincretismo intuitivo, confiar exclusivamente en la investigación empírica o en las preferencias del participante. Se hace el esfuerzo por una flexibilidad equilibrada, el medio aristotélico que lo incorpora todo de manera sistemática sin sucumbir a la tendencia humana a la polarización. Esto puede resultar problemático para los psicoterapeutas entrenados a pensar en la psicoterapia de manera binaria. También puede ser abrumador en un paciente con múltiples trastornos, como Amber, con múltiples metas secuenciadas en el tiempo. "Un solo tratamiento para todo" se convierte en una alternativa atractiva, más sencilla, al duro trabajo de adaptar la psicoterapia al individuo único y la situación singular.

Resultado y pronóstico

En el curso de 50 sesiones individuales por semana y varias sesiones de mantenimiento, Amber disminuyó de modo impresionante su depresión y mantuvo su abstinencia. Su depresión se redujo sistemáticamente al paso del tiempo, como se muestra en la figura 15-3. La caída más grande en sus puntuaciones de ansiedad ocurrió entre las semanas 26 y 32, cuando se llevó a cabo la desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares. Después de tres meses de psicoterapia sus deseos intensos de beber, consumir drogas y robar en tiendas gravitaron hacia cero en la escala de 0 a 10, pero su necesidad de jugar aumentaba periódicamente al rango de tres o cuatro puntos. Sin embargo, no sucumbió conductualmente a esas tentaciones. A nivel sintomático, las puntuaciones de Amber en las pruebas se encontraban en el rango normal y ella estaba mejor que nunca.

A nivel interpersonal, la paciente logró también ganancias notables. Era menos impulsiva, exhibía mayor autorregulación emocional, mayor capacidad para calmarse y

era más asertiva y expresiva. Ciertamente dejó de cumplir los criterios diagnósticos para el trastorno límite de personalidad, pero seguía siendo susceptible a ciertos temores de evitación conductual y abandono en sus nuevas relaciones emocionales. Lamentaba los años que perdió con las drogas y abordó su culpa y vergüenza existencial tanto como pueden hacerlo la mayor parte de los seres humanos.

Durante el año que duró el tratamiento psicológico, sus medicamentos se redujeron gradualmente a la mitad, de 80 mg a 40 mg de fluoxetina y de 60 mg a 20 mg de BuSpar. Ella sigue con esos medicamentos como mantenimiento, aunque hay planes de reducirlos a largo plazo. Amber sigue asistiendo a las reuniones de Alcohólicos Anónimos dos veces por semana y mensualmente a sesiones de psicoterapia de mantenimiento, en que sus puntuaciones más recientes en el Inventario de Depresión de Beck-II y en el Inventario de Ansiedad de Beck fueron de 3, dentro de los límites normales.

A pesar de todos esos resultados positivos, como sucede en la mayoría de los casos de psicoterapia, no se cumplieron todas las metas de Amber. Ella sigue fumando cigarrillos (un máximo de tres por día) y no ha podido encontrar un empleo de tiempo completo porque su historial delictivo la descalifica para muchos puestos. Trabaja el equivalente a tres cuartas partes del tiempo entre dos empleos y solicitó el ingreso a una escuela de posgrado en una profesión de servicios sociales. Amber es propensa además a episodios ocasionales de ansiedad y evitación cuando enfrenta situaciones nuevas.

Según la impresión general, el pronóstico es prometedor. Ella es la "nueva" Amber, o como ella lo planteó memorablemente, es la Amber "2.0".

Comentario del caso

Se decidió ilustrar el método de tratamiento para la depresión y el abuso de sustancias con el caso de una mujer compleja y con múltiples trastornos. Como es común, ella sufrió por muchos años y por más de dos trastornos distintos. El curso crónico de los trastornos comórbidos aumenta la necesidad de tratamiento integrativo que incluyen, en el caso de Amber, psicoterapia individual, farmacoterapia, grupos de apoyo, recursos de autoayuda y algunas sesiones conjuntas con la familia. Las altas tasas de comorbilidad de trastornos de personalidad y trastorno por estrés postraumático entre quienes abusan de sustancias complican la psicoterapia y aumentan la necesidad de secuenciar de manera cuidadosa los métodos y metas del tratamiento.

En este caso el psicoterapeuta puede aceptar cierto crédito por los resultados saludables obtenidos, pero Amber merece la mayor parte. Ella trabajó duro para dominar nuevas habilidades, evitar recaídas y se expuso deliberadamente a situaciones que le causaban ansiedad. Fue una cliente brillante, motivada y con mentalidad psicológica que progresó de la etapa de contemplación a la etapa de acción y por último al mantenimiento a largo plazo. Todas esas características del paciente predicen resultados más exitosos en todas las formas de psicoterapia.

Varias circunstancias demostraron también ser fortuitas. Amber participó regularmente en las reuniones de Alcohólicos Anónimos, fue motivada por las experiencias aleccionadoras de la prisión y contaba con el apoyo de sus padres, quienes contribuyeron

al pago de 50 sesiones de psicoterapia. Es probable que no se hubieran obtenido los mismos resultados con menos sesiones con un terapeuta que trabajara en una clínica pública. Aunque Amber no tenía una impresión favorable de sus experiencias previas en la terapia, quedó claro que se había beneficiado de la socialización en la psicoterapia y posiblemente de haber pasado de las etapas iniciales a las etapas posteriores de cambio antes de iniciar este curso de tratamiento.

Es probable que la mayor efectividad de la aproximación integrativa se encontrara en la adaptación o ajuste del estilo de relación y los métodos de tratamiento de la terapia al caso específico de Amber. El tratamiento procedió de manera gradual de acuerdo con la evidencia empírica, las preferencias, la etapa de cambio y otras características transdiagnósticas de la paciente. El terapeuta abordó sistemáticamente la depresión, el abuso de sustancias y otros trastornos, para lo cual combinó métodos de terapia (que tradicionalmente se asocian con las tradiciones centrada en la persona, conductual, cognitiva, de exposición, feminista, psicodinámica y experiencial), con recursos de curación (psicoterapia, farmacoterapia, autoayuda, y espiritualidad de Alcohólicos Anónimos) de una manera constante y sensible.

Predictores de éxito y fracaso

Ninguna terapia o terapeuta es inmune al fracaso. Es en esos casos que los clínicos experimentados suelen preguntarse si habría sido útil incluir en el tratamiento métodos de terapia de orientaciones distintas a la suya o si la fortaleza de otra orientación, para enfrentar los problemas particulares, podrían haber complementado las debilidades de su orientación. Las terapias integrativas asumen que cada orientación tiene su dominio particular de pericia y que esos dominios pueden ser ligados para maximizar su efectividad (Pinsof, 1995). De esta forma, cada vez es más común que sistemas rivales de terapia no se consideren como adversarios sino como socios bienvenidos (Landsman, 1974); no como contradictorios sino como complementarios.

Cuando la terapia integrativa falla, puede ser resultado de la incapacidad para seguir los principios orientadores de la integración, la falta de habilidad para poner en práctica un tratamiento particular, un mal ajuste entre el paciente particular y el terapeuta particular, una evaluación incorrecta de las dimensiones del paciente que indican el estilo del terapeuta y los objetivos óptimos. Es necesario considerar cada una de esas opciones cuando un paciente no esté alcanzando sus metas a la tasa esperada en pacientes similares. La aproximación acepta la evaluación inicial de las dimensiones transdiagnósticas del paciente, así como la revisión periódica de los procesos del tratamiento para asegurar que el ajuste de los métodos de terapia es adecuado según la definición de la investigación. Por último, la retroalimentación formal sobre el progreso resulta útil y a menudo inicia una discusión de las cosas que hacen más lento o bloquean el progreso y de los procedimientos que pueden ayudar a superar esos callejones sin salida.

En años pasados, se empezó a compartir con el paciente los resultados de la serie de pruebas (p. ej., los presentados en la figura 15-3) o las gráficas de progreso de Innerlife

STS para ilustrar los puntos de estancamiento y los éxitos.

CONCLUSIONES

La psicoterapia es un método de tratamiento y una relación de curación adecuada al paciente individual y al contexto. En este capítulo se hizo un esfuerzo por demostrar exactamente qué pueden hacer los psicoterapeutas por los pacientes que sufren depresión y abuso de sustancias, mejorando de este modo la efectividad y la eficiencia. Dicha selección del tratamiento debe ser sistemática, flexible y con base en la evidencia. Por esas razones, la psicoterapia integrativa parece particularmente indicada para pacientes complejos con trastornos comórbidos, como Amber, y para pacientes en quienes han fallado o sólo han logrado éxito parcial las monoterapias o formas puras de terapia.

La presentación y el caso ilustrado en el capítulo pueden transmitir la impresión de que la psicoterapia integrativa puede planearse cuidadosamente desde el principio, pero la realidad clínica no es tan complaciente. Aunque se intenta formular el caso y el plan de tratamiento al inicio, se espera y recibe de buena manera el giro invariable de los sucesos. La selección del tratamiento es dinámica y no lineal; una conducta o cambio en un momento impacta en toda la conducta posterior. Una de las cosas fascinantes de la psicoterapia es que "uno nunca sabe qué esperar en la siguiente sesión". De manera continua se avanza con el paciente y evoluciona con lo no anticipado, pero informados por la experiencia clínica y la evidencia empírica.

Este capítulo describió la terapia integrativa y detalló paso a paso su proceso de selección sistemática del tratamiento en el abuso de sustancias y la depresión. Este proceso aplica el conocimiento empírico de múltiples orientaciones teóricas sobre características diagnósticas y transdiagnósticas del paciente con la elección óptima de los métodos técnicos y de relación. Dicha terapia plantea que muchos métodos de tratamiento y actitudes interpersonales tienen un lugar importante en el repertorio del psicoterapeuta contemporáneo. Su lugar diferencial y particular puede ser determinado por medio de la investigación de resultados, la experiencia, y la ubicación del cliente en el centro de la empresa clínica. La terapia integrativa ofrece las relaciones con base en la evidencia, los tratamientos y la sensibilidad para satisfacer las múltiples necesidades de los pacientes individuales y sus contextos únicos en el siglo XXI.

REFERENCIAS

Alberti, R., & Emmons, M. (1995). *Your perfect right: A guide to assertive living* (7th ed.). San Luis Obispo, CA: Impact.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Antonuccio, D. O. (1995). Psychotherapy for depression: No stronger medicine. *American Psychologist, 50*, 450–452.

Antonuccio, D. O., Danton, W. G., & DeNelsky, G. Y. (1995).

Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*, 574–585.

Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., MellorClark, J., Evans, C., et al. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE_OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 184–196.

Beutler, L. E. (2009). Making science matter in clinical practice: Redefining psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*, 301–317.

Beutler, L. E., & Clarkin, J. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.

Beutler, L. E., Clarkin, J., & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.

Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. New York: Oxford University Press.

Beutler, L. E., Harwood, T. M., Alimohamed, S., & Malik, M. (2002). Functional impairment and coping style. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 145–173). New York: Oxford University Press.

Beutler, L. E., Harwood, T. M., Kimpara, S., Verdirame, D., & Blau, K. (2011). Coping style. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 336–353). New York: Oxford University Press.

Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X., & Holman, J. (2011). Reactance/resistance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 261–278). New York: Oxford University Press.

Beutler, L. E., & Malik, M. L. (2002). Diagnosis and treatment guidelines: The example of depression. In L. E. Beutler & M. L. Malik (Eds.), *Rethinking the DSM* (pp. 251–278). Washington, DC: American Psychological Association.

Beutler, L. E., Moleiro, C., Malik, M., Harwood, T. M., Romanelli, R., Gallagher-Thompson, D., et al. (2003). A comparison of the Dodo, EST, and ATI factors among comorbid stimulant-dependent, depressed patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*, 69–85.

Burns, D. (1999). *Feeling good: The new mood therapy* (rev. ed.). New York: Avon.

Burlingame, G., McClendon, D. T., Alonso, J. (2011). Group cohesion. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 110–131). New York: Oxford University Press.

Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (Eds.). (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.

Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 194–226). New York: Wiley.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A metaanalysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 909–922.

Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*, 51–62.

DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., et al. (2005).

Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry, 62*, 409–416.

Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 132–152). New York: Oxford University Press.

Eysenck, H. J. (1970). A mish-mash of theories. *International Journal of Psychiatry, 9*, 140–146.

Farber, B. A., & Doolin, E. M. (2011). Positive regard. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that works* (2nd ed., pp. 168–186). New York: Oxford University Press.

Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. M. (2011). Alliance in couple and family therapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 92–109). New York: Oxford University Press.

Halford, G. S., Baker, R., McCredden, J. E., & Bain, J. D. (2005). How many variables can humans process? *Psychological Science, 16*, 70–76.

Harwood, T. M., Beutler, L. E., & Groth-Marnat, G. (Eds.). (2011). *Integrated assessment of adult personality* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 91–111.

Hollon, S. D. (1990). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Psychiatric Annals, 20*, 249–258.

Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 25–69). New York: Oxford University Press.

Housley, J., & Beutler, L. E. (2007). *Treating victims of mass disaster and terrorism*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.

Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 563–570.

Kazantzis, N., Whittington, C., & Dattilio, F. (2010). Metaanalysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: A replication and extension. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*7, 144–156.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593–602.

Kreisman, J. J., & Straus, H. (2006). *Sometimes I act crazy: Living with a borderline personality disorder*. Hoboken, NJ: Wiley.

Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C., et al. (2004). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire– 45*. Salt Lake City, UT: OQ Measures.

Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 203–223). New York: Oxford University Press.

Landsman, J. T. (1974, August). *Not an adversity but a welcome diversity*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, New Orleans, LA.

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Lueger, R. J., Howard, K. I., Martinovich Z., Lutz, W., Anderson, E. E., & Grissom, G. (2001). Assessing treatment progress of individual clients using expected treatment response models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 150–158.

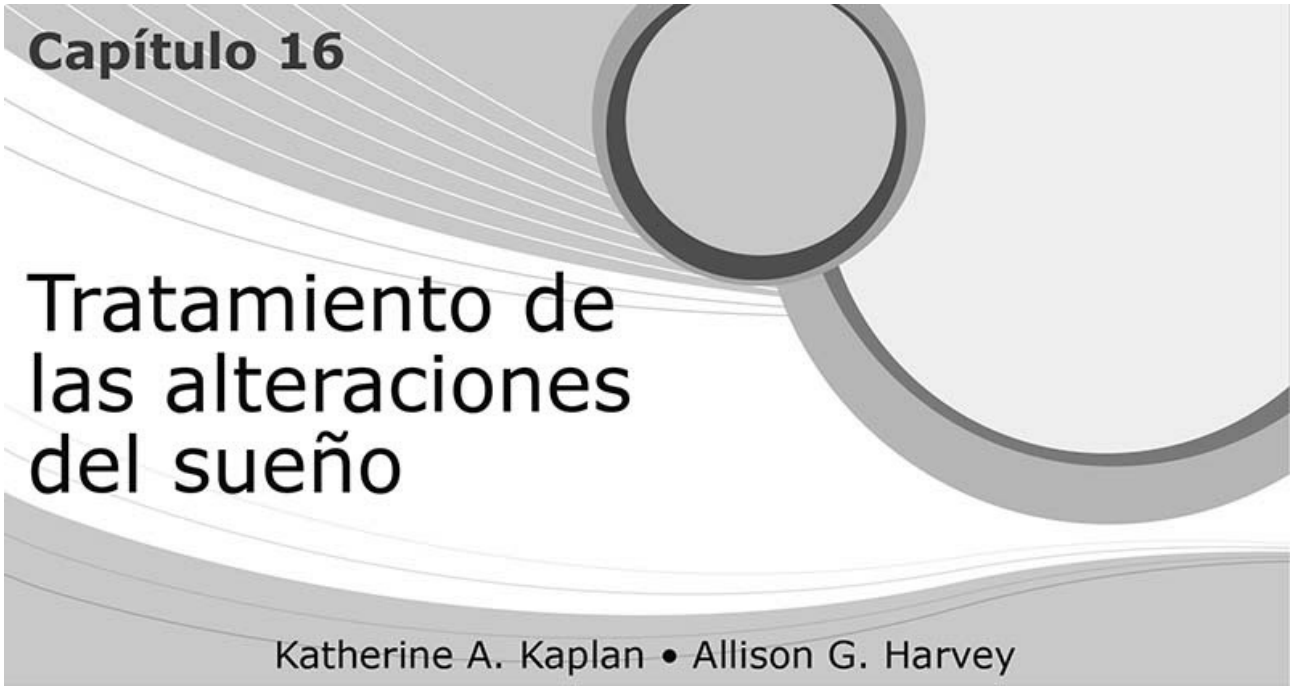
Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2007). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed., pp. 267–271). New York: Guilford Press.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, G. S. (2005). The Partners for Change Outcome System. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 61*, 199–208.

Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2005). Motivational interviewing. In G. P. Koocher, J. C. Norcross, & S. S. Hill (Eds.), *Psychologists' desk reference* (2nd ed., pp. 267–271). New York: Oxford University Press.

Moyers, T. B., & Rollnick, S. (2002). A motivational interviewing perspective on resistance. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 58* (2), 185–193.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *Heart and soul of change* (2nd ed., pp. 113–142). Washington, DC: American Psychological Association.
Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press Norcross, J. C. (2013). *Changeology: Five steps to realizing your goals and resolutions*. New York: Simon & Schuster.
Norcross, J. C., & Beutler, L. E. (1997). Determining the therapeutic relationship of choice in brief therapy. In J. N. Butcher (Ed.), *Personality assessment in managed care: A practitioner's guide*. New York: Oxford University Press.
Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (Eds.). (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
Norcross, J. C., Campbell, L. M., Grohol, J. M., Santrock, J. W., Selagea, F., & Sommer, R. (2013). *Self-help that works* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
Norcross, J. C., & Karpiak, C. P. (2012). Clinical psychologists in the 2010s: Fifty years of the APA Division of Clinical Psychology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 19*, 1–12.
Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 279–300). New York: Oxford University Press.
Osler, W. (1906). *Aequanimatas*. New York: McGraw-Hill. Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 31*, 109–118.
Pinsof, W. M. (1995). *Integrative problem-centered therapy: A synthesis of biological, individual, and family therapies*. New York: Basic Books.
Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2013). *Systems of psychotherapy*: *A transtheoretical analysis* (8th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95–103.
Rosen, C. S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems?: A meta-analysis. *Health Psychology, 19*, 593–604.
Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 224–238). New York: Oxford University Press.
Shapiro, F. (2012). *Getting past your past: Take control of your life with self-help techniques from EMDR therapy*. New York: Rodale.
Shirk, S. R., & Karver, M. (2011). Alliance in child and adolescent therapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 70–91). New York: Oxford University Press.
Smith, T. B., Rodriguez, M. D., & Bernal, G. (2011). Culture. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 316–335). New York: Oxford University Press.
Swift, J. K., Callahan, J. L., & Vollmer, B. M. (2011). Preferences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 301–315). New York: Oxford University Press.
Tryon, G. S., & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. In J. C. Norcross (Ed.)*, Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 153–167). New York: Oxford University Press.
Wolitzky, D. L. (2011). Psychoanalytic theories of psychotherapy. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy* (2nd ed., pp. 65–100). Washington, DC: American Psychological Association.



Es posible que el secreto mejor guardado entre los profesionales de la salud y de la salud mental sea la marcada superioridad de los tratamientos psicológicos breves para el insomnio, en comparación con los medicamentos populares y frecuentemente anunciados. Se trata de un problema importante, y a menudo muy mal tratado, toda vez que alrededor de 6% de los miembros de la población adulta sufre insomnio al grado de cumplir los criterios diagnósticos, y hasta 12% informa que interfiere de manera importante con sus actividades diurnas. El insomnio acompaña con mucha frecuencia a otros trastornos psicológicos, y evidencia reciente sugiere que precede y puede contribuir o incluso causar esos trastornos comórbidos, razón de más para que todos los profesionales de la salud y de la salud mental estén atentos a las innovadoras intervenciones breves que se presentan en este capítulo. De hecho, la Academia Americana de Medicina del Sueño recomienda esos protocolos como tratamiento de elección para personas con todo tipo de insomnio, incluyendo a quienes actualmente utilizan fármacos hipnóticos. Entre los líderes de este floreciente campo, Kaplan y Harvey describen el estado del arte de una aproximación conductual y cognitiva integrada con evidencia sólida de su eficacia y durabilidad que apoya su inclusión en el arsenal de cada profesional de la salud mental. -D. H. B.

Los trastornos del sueño son comunes y están asociados con una considerable morbilidad y daño funcional. Este capítulo se enfoca en el insomnio debido a su alta prevalencia e impacto en la salud pública. También se analiza brevemente el trastorno de hipersomnolencia dada la posibilidad de un crecimiento en el papel de los tratamientos psicológicos para pacientes con este trastorno. Muchos otros trastornos del sueño, que escapan al alcance de este capítulo, son prevalentes y dañinos. Por ejemplo, la apnea obstructiva del sueño e hipoapnea involucra el cierre transitorio de las vías aéreas superiores durante el sueño, lo que provoca pausas en la respiración y da lugar a somnolencia durante el día y a problemas cardiovasculares. El síndrome de las piernas inquietas implica el impulso involuntario de mover las piernas durante el sueño, lo que

conduce a despertares parciales o completos y por ende a la fragmentación del sueño y la somnolencia diurna. Es importante que los clínicos tengan conocimiento de esos y otros trastornos del sueño, y que sepan cuando deben canalizar a los pacientes a un centro del sueño, a un neurólogo o a otro profesional de la salud (Kryger, Roth y Dement, 2010).

El insomnio es una alteración prevalente del sueño que implica dificultad para conciliarlo, permanecer dormido o levantarse muy temprano por la mañana. Se asocia con un considerable deterioro funcional y costos relacionados con la salud. El insomnio suele ser comórbido con, y predecir el desarrollo de, numerosas condiciones psicológicas y médicas; de ahí que represente un objetivo importante para la intervención. Este capítulo empieza con un breve resumen del sueño humano, junto con consideraciones diagnósticas y teóricas, porque este conocimiento constituye la base para ofrecer terapia cognitivo-conductual para el insomnio (TCC-I).

Etapas del sueño

El sueño humano puede dividirse en: (1) sueño sin movimientos oculares rápidos (NO-MOR) que puede subdividirse en tres etapas (N1, N2 y N3), a través de las cuales el sueño se hace progresivamente más profundo, y (2) sueño de movimientos oculares rápidos (MOR). En los adultos, cada ciclo NO MOR-MOR tiene una duración de 70 a 120 minutos (Kryger *et al.,* 2010). Se cree que el sueño NO-MOR es importante para la conservación de la energía y la restauración. Esta fase del sueño se asocia con la división celular más rápida en algunos tejidos y con el incremento en la síntesis de proteínas (Kryger *et al.,* 2010). Se considera que las funciones del sueño MOR incluyen un papel en el aprendizaje (Karni, Tanne, Rubenstien, Askenasy y Sagi, 1994) y en el desaprendizaje de la información irrelevante (Crick y Mitchison, 1983), así como en la consolidación de la memoria (Walker y Stickgold, 2006), el procesamiento emocional y la regulación de la emoción y el estado de ánimo (Yoo, Gujar, Hu, Jolesz y Walker, 2007). Está demostrado que la privación del sueño tiene efectos nocivos en muchas áreas de la salud (Zee y Turek, 2006), incluyendo a los sistemas inmunológico, neuroendocrino y cardiovascular (Banks y Dinges, 2010). Dada la importancia de esas funciones, los trastornos del sueño tienen implicaciones importantes en la salud pública.

Modelo de los dos procesos de sueño

El modelo de los dos procesos en la regulación del sueño (Borbely, 1982) es importante porque fundamenta el tratamiento que se describe más adelante. En efecto, muchos clínicos muestran este modelo a los clientes como parte de la lógica para ofrecer el control por el estímulo y la restricción del sueño que se presentan. El modelo propone que el sueño y la vigilia dependen de dos procesos, uno homeostático y otro circadiano (Achermann y Borbely, 2010). El proceso homeostático influye en la probabilidad del sueño. La presión para dormir aumenta con el tiempo que se pasa despierto, lo que da lugar a una mayor tendencia a dormir cuando una persona ha sido privada del sueño y a una menor tendencia a hacerlo después de haber tenido una cantidad sustancial de sueño o una larga siesta. El ritmo circadiano es un reloj biológico interno que opera sobre una base aproximada de 24 horas. Es responsable de las variaciones en la melatonina, temperatura y otras funciones biológicas, incluyendo los niveles de alerta durante el día (Lack y Bootzin, 2003). Esos dos procesos operan juntos de forma tal que es probable que ocurra el sueño cuando la presión para dormir (el proceso homeostático) es elevada y el nivel de alerta (el proceso circadiano) es relativamente bajo. Por consiguiente, si una persona duerme siesta por la tarde, puede tener dificultades para conciliar el sueño por la noche porque la presión homeostática para dormir es baja; de igual modo, si una persona se va temprano a la cama luego de una mala noche de sueño, incluso si la presión para dormir es alta, la activación circadiana puede impedir que ocurra el inicio del sueño.

En algunos estudios, pero no todos, se ha encontrado que las personas con insomnio

presentan alteraciones en la homeostasis del sueño (p. ej., Besset, Villemin, Tafti y Billard, 1998; Stepanski, Zorick, Roehrs y Roth, 2000). La falta de consenso es similar en la investigación respecto a si las anormalidades en el ritmo circadiano juegan un papel en el insomnio. Los cambios de fase inducidos ambientalmente, como los que ocurren como resultado del cambio en los horarios de trabajo o el *jet lag,* pueden provocar insomnio agudo. También existe evidencia de que la hiperactivación, noción central en las teorías del insomnio que se revisa más adelante, puede no ser una cuestión de 24 h para algunos, sino que fluctúa de acuerdo con influencias circadianas (Perlis, Smith y Pigeon, 2005).

El sueño a lo largo del ciclo de vida

El sueño cambia durante el ciclo de vida. Esto es muy importante porque impacta las expectativas de los terapeutas sobre los resultados en el sueño cuando trabajan con clientes de edades diferentes. Con la edad disminuye el sueño de ondas lentas y se hacen más comunes el sueño ligero y los despertares durante la noche. Además, la edad influye tanto en los procesos circadianos como en los homeostáticos. Por ejemplo, con la edad el sistema circadiano se vuelve cada vez menos sensible a sincronizadores (*zeitgebers*) como la melatonina y la luz matutina (Van Someren, 2000). Durante la adolescencia se encuentra bien documentado un cambio circadiano que favorece la tendencia a acostarse y despertarse más tarde, con una construcción más lenta de la presión homeostática para conciliar el sueño (Jenni, Achermann y Carskadon, 2005). Este patrón puede dar lugar a un insomnio inicial (dificultad para conciliar el sueño por la noche). Durante la adultez media y la vejez, los cambios circadianos favorecen de nuevo la tendencia a dormir y despertar temprano, lo que resulta en insomnio terminal (despertar temprano por la mañana con dificultad para volver a conciliar el sueño; Ancoli-Israel, 2009). Junto con los ritmos circadianos, el proceso homeostático también muestra cambios dependientes de la edad durante el ciclo de vida. Los individuos entre 60 y 79 años muestran disminución en la presión homeostática para dormir y obtienen un tiempo total de sueño (TTS) más corto en relación con los miembros de un grupo de comparación entre 20 y 29 años (Kierman y Dijk, 2008).

DIAGNÓSTICO DEL INSOMNIO

La siguiente sección describe las consideraciones del diagnóstico, revisa prevalencia y comorbilidad, y presenta varios modelos del insomnio que han tenido influencia en la conceptualización de los blancos del tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno.

Existen tres sistemas principales de clasificación de los trastornos del sueño: la segunda edición de la *Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño* (CITS; American Academy of Sleep Medicine, 2005), la Investigación de Criterios Diagnósticos (ICD; Edinger *et al.,* 2004), y el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). De acuerdo con los criterios del DSM-5, debe asignarse un diagnóstico de insomnio cuando existe una queja subjetiva de dificultades para conciliar o mantener el sueño. Esas dificultades deben estar asociadas con deficiencias durante el día y no deben ser explicadas mejor por otra condición médica o psiquiátrica.

Los criterios para el diagnóstico del insomnio descritos antes fueron aclarados con criterios cuantitativos, los cuales requieren que la latencia para el inicio del sueño (LIS) y, o el despertar después del inicio del sueño (DDIS) reportadas por el individuo sean mayores a 30 minutos por lo menos durante tres noches por semana en un periodo de por lo menos seis meses (Lichstein, Durrence, Taylor, Bush y Riedel, 2003). Advierta que los autorreportes de quejas de insomnio son suficientes para el diagnóstico, sin evidencia objetiva de la alteración del sueño (vea más adelante el tema de "Evaluación").

Prevalencia y comorbilidad del insomnio

Se calcula que alrededor de 6% de la población general adulta cumple los criterios para un diagnóstico formal de insomnio con base en los criterios del DSM-IV-TR. Aproximadamente 33% de la población general informa de síntomas significativos de insomnio. Además, hasta 12% de los individuos de la población general adulta sufren durante el día secuelas de la alteración del sueño (Hohagen *et al.,* 1993; Ohayon, 2002). Encuestas más recientes sugieren que los costos del insomnio relacionados con la salud son considerables, independientemente del sistema diagnóstico usado para definirlo (Roth *et al.,* 2011).

La edición anterior del DSM (es decir, el DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) distinguía entre insomnio "primario" e insomnio "secundario" o comórbido debido a que dicho trastorno puede asociarse con una gran variedad de enfermedades físicas y trastornos psicológicos. Sin embargo, la distinción entre insomnio primario y secundario era confusa ya que la investigación epidemiológica sugería que el insomnio puede preceder y predecir a trastornos psicológicos (Breslau, Roth, Rosenthal y Andreski, 1996; Ford y Kamerow, 1989). De hecho, la conferencia sobre el estado de la ciencia de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health [NIH], 2005) concluyó que el término "secundario" debería reemplazarse con "comórbido" con base en la evidencia de que es probable que el insomnio comórbido con otro trastorno contribuya a su mantenimiento (Harvey, 2001; Smith, Huang y Manber, 2005). Esas

conclusiones fueron reconocidas en el DSM-5, que no distingue entre insomnio "primario" y "secundario" sino que sólo tiene un "trastorno por insomnio".

En el caso de los adultos mayores, el insomnio suele ser acompañado por enfermedades físicas, lo que puede complicar los temas de la evaluación y tratamiento, además de agravar la carga y el costo (Morin *et al.,* 2006). En un estudio epidemiológico grande, Ford y Kamerow (1989) encontraron que existe una tasa aproximada de 50% de comorbilidad entre el insomnio y otros trastornos psicológicos o enfermedades físicas; otros estudios han arrojado una tasa de hasta 75% (Lichstein, 2000). En casos de insomnio comórbido, resulta de especial importancia la atención empírica y clínica adicional debido a una aparente influencia cíclica de las alteraciones del sueño y las enfermedades físicas o los trastornos psicológicos, en que el empeoramiento de los problemas de sueño dan lugar a una disminución en la salud general y a un incremento en los síntomas psiquiátricos, lo que a su vez empeora los problemas de sueño. Por fortuna, la evidencia sugiere que el insomnio responde a la terapia cognitivo-conductual incluso si el trastorno acompañante no está bajo control (Rybarczyk, Lopez, Schelble y Stepanski, 2005). Smith y colaboradores (2005) concluyeron que los efectos del tratamiento por lo general son de moderados a grandes para la terapia cognitivo-conductual para el insomnio, administrada en el contexto de trastornos o enfermedades acompañantes, y que son comparables a los efectos del tratamiento en el insomnio primario.

Modelos del insomnio

Esta sección inicia con la revisión de un marco dominante y de gran influencia, el modelo de Spielman. Luego se describen varios modelos conductuales, cognitivos y combinaciones de modelos del insomnio que ayudan a explicar facetas particulares del trastorno que deben ser abordadas y tratadas en la terapia cognitivo-conductual específica para el insomnio.

Modelo de tres factores de Spielman

Éste es un modelo de diátesis-estrés conocido a menudo como modelo de los tres factores o modelo de las tres P. De acuerdo con Spielman, Caruso y Glovinsky (1987), el insomnio agudo o de corto plazo ocurre como resultado de factores **predisponentes** (p. ej., rasgos) y factores **precipitantes** (p. ej., estresores). Esta forma aguda puede convertirse luego en un trastorno crónico o de largo plazo como resultado de factores **perpetuantes** (p. ej., malas estrategias de afrontamiento). Los factores predisponentes (p. ej., la tendencia a preocuparse) constituyen una vulnerabilidad para el insomnio que se mantiene durante la vida del trastorno. Los factores precipitantes desencadenan el insomnio agudo, pero su influencia tiende a declinar con el tiempo. En contraste, los factores perpetuantes toman las riendas del insomnio y lo mantienen. La terapia cognitivo-conductual para el insomnio se enfoca en esos factores perpetuantes y trata de reducir los efectos aditivos de los factores predisponentes, precipitantes y de los factores perpetuantes por debajo del umbral para el diagnóstico del insomnio.

Modelos conductuales

Uno de los modelos conductuales más importantes para el insomnio es el modelo de control de estímulo (Bootzin, 1972), que tiene fundamento en el principio del condicionamiento respondiente, donde la cama o la recámara dejan de emparejarse específicamente con el sueño y se emparejan con muchas respuestas posibles (p. ej., permanecer despierto y ansioso por no poder dormir). Como verá más adelante, esta teoría dio lugar al desarrollo del "control de estímulos", una intervención de gran eficacia (Morin *et al.,* 2006).

Modelos cognitivos

Algunas de las primeras investigaciones sobre los procesos cognitivos en el insomnio advirtieron que los individuos insomnes tienden a sobreestimar el desvelo y a subestimar el tiempo total de sueño (Bixler, Kales, Leo y Slye, 1983; Carskadon *et al*., 1976), por lo que los investigadores empezaron a explorar el papel de la activación cognitiva en el insomnio (Borkovec, 1982; Lichstein y Rosenthal, 1980). Trabajos influyentes en la década de 1990 a 1999 destacaron la importancia de las creencias poco útiles sobre el sueño (Morin, 1993) y describieron el contenido de los pensamientos intrusivos previos al sueño (Watts, Coyle y East, 1994; Wicklow y Espie, 2000). La década anterior marcó el inicio de un incremento en la atención empírica dedicada a otros mecanismos cognitivos en el insomnio, incluyendo atención a la amenaza y uso de conductas de seguridad para aliviar amenazas percibidas (Espie, 2002; Harvey, 2005; Harvey, Tang y Browning, 2005).

Un modelo cognitivo del insomnio pretende especificar los procesos mentales que perpetúan esa condición (Harvey, 2002a) y representan un componente importante de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio que aquí se resume. De acuerdo con esta conceptualización, los factores que contribuyen al mantenimiento del insomnio incluyen la siguiente cascada de procesos cognitivos que operan por la noche y durante el día; (1) preocupación y rumiación, (2) atención selectiva y monitoreo, (3) percepción errada de los déficit de sueño y diurnos, (4) creencias disfuncionales acerca del sueño (en Morin, 1993), y (5) conductas de seguridad contraproducentes que sirven para mantener esas creencias. Muchas de las predicciones específicas generadas por este modelo fueron sometidas a prueba empírica, lo que dio lugar al perfeccionamiento del modelo (Harvey, 2005) y a un nuevo enfoque de terapia cognitiva que obtuvo apoyo preliminar en un ensayo abierto (Harvey, Sharpley, Ree, Stinson y Clark, 2007).

Combinación de modelos

El modelo cognitivo-conductual del insomnio propuesto por Morin (1993) incorpora variables cognitivas, temporales y ambientales como factores precipitantes y perpetuantes, siendo la hiperactivación el factor precipitante clave del insomnio. El condicionamiento puede luego exacerbar esta activación. Por ejemplo, una persona puede asociar estímulos temporales (p. ej., las rutinas a la hora de acostarse) y

ambientales (p. ej., la recámara, con miedo a no poder dormir). La preocupación y rumiación pueden presentarse luego, a esto pueden sucederle otros factores perpetuantes, incluyendo, como en el modelo cognitivo, la fatiga del día, preocupación, malestar emocional por la pérdida de sueño y hábitos inadaptados (p. ej., pasar demasiado tiempo en la cama).

En resumen, el tratamiento adecuado del insomnio se dirige tanto a procesos cognitivos como conductuales para abordar los efectos por los que se mantienen mutuamente. Cada uno de los modelos revisados han sido importantes en la conceptualización del diagnóstico del insomnio y en la identificación de los blancos del tratamiento. En la siguiente sección se revisa la evidencia que apoya la efectividad de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio como un tratamiento de componentes múltiples para ese problema.

EVIDENCIA A FAVOR DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL INSOMNIO

La terapia cognitivo-conductual para el insomnio ha sido identificada como un tratamiento efectivo en múltiples metaanálisis (p. ej., Irwin, Cole y Nicassio, 2006; Montgomery y Dennis, 2003; Morin, Culbert y Schwartz, 1994; Murtagh y Greenwood, 1995) y en una revisión de los los Estándares del Comité de Práctica de la Academia Americana de Medicina del Sueño (Chesson *et al.,* 1999; Morin *et al.,* 1999), que ha sido actualizada (Morin *et al.,* 2006).

En una serie de ensayos con control aleatorio se han comparado uno o más de los componentes de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio entre sí y, o con un placebo. Una revisión reciente encontró elevada efectividad de dicha terapia y ganancias que se sostenían en un seguimiento de largo plazo, realizado después de más de 24 meses, en muestras de adultos y adultos mayores (Morin *et al.,* 2006). La revisión empleó los criterios clínicos de la División de Psicología Clínica de la American Psychological Association para tratamientos con una base empírica sólida (Chambless y Hollon, 1998), y concluyó que esos criterios son cumplidos por los enfoques de control por el estímulo, intención paradójica, relajación y restricción del sueño, y por la administración de componentes múltiples en la terapia cognitivo-conductual para el insomnio. No se encontró que la intervención de higiene del sueño por sí sola fuese un tratamiento eficaz. Aunque la terapia cognitiva para el insomnio es un prometedor enfoque, todavía se requieren ensayos aleatorizados que muestren si cumple los criterios de un tratamiento con apoyo empírico.

En el tratamiento del insomnio se emplean diversas clases de medicamentos, tanto de prescripción como de venta libre (Kryger *et al.,* 2010), incluyendo las benzodiacepinas, hipnóticos no benzodiacepínicos (p. ej., zolpidem, zaleplon y eszopiclona), antidepresivos (p. ej., trazodona y doxepin) y antihistamínicos de venta libre (p. ej., difenhidramina y doxilamina). Sin embargo, existe evidencia de que las intervenciones no farmacológicas para el insomnio son más aceptables para los clientes (Morin, Gaulier, Barry y Kowatch, 1992) y producen efectos más duraderos (Morin *et al.,* 2009; Sivertsen *et al.,* 2006) que los medicamentos hipnóticos por sí solos. En el caso del insomnio comórbido, la intervención óptima debe aliviar el insomnio sin causar interacciones adversas con otros medicamentos prescritos, por lo que en esos casos la mejor opción puede ser una intervención no farmacológica (Harvey, 2008).

En resumen, la terapia cognitivo-conductual para el insomnio parece ser una intervención eficaz y prometedora para manejar las alteraciones del sueño, en particular en el tratamiento del insomnio comórbido. En la siguiente sección se revisan los objetivos del tratamiento, el escenario y las variables del cliente y terapeuta que se consideran en la administración de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio.

Objetivos y estructura del tratamiento

La terapia cognitivo-conductual se enfoca en los procesos conductuales y cognitivos que mantienen el insomnio con el propósito de revertirlos. El tratamiento se realiza en un formato de tiempo limitado que por lo regular requiere de seis a ocho sesiones con una duración de 50 minutos cada una. Como existen múltiples blancos que deben abordarse en un periodo limitado, es esencial que el tratamiento sea dirigido por una agenda y que esté orientado a metas y centrado alrededor de la formulación de un caso individualizado para cada cliente.

En la figura 16-1 se ilustra la estructura general del tratamiento. La primera sesión se dedica a explicar la lógica y los objetivos del tratamiento, derivar la formulación del caso y proporcionar psicoeducación sobre sueño e insomnio. Por lo general, a eso le siguen dos o tres sesiones con énfasis conductual y dos o tres sesiones con énfasis cognitivo. Sin embargo, a partir de la formulación individualizada del caso, el terapeuta debe decidir si busca los objetivos conductuales o los objetivos cognitivos, o alguna combinación de ambos en tándem. Por ejemplo, para un cliente que presenta preocupación excesiva, rumiación, conductas poco útiles relacionadas con el sueño y una miríada de conductas de seguridad puede resultar mejor un tratamiento que empiece con blancos cognitivos. Para un cliente cuya alteración del sueño se caracteriza por irregularidad en los horarios, siestas durante el día y por pasar demasiado tiempo en cama puede ser más útil un tratamiento que empiece con objetivos conductuales. La última sesión resume las herramientas aprendidas y anticipa planes para contratiempos con el sueño.

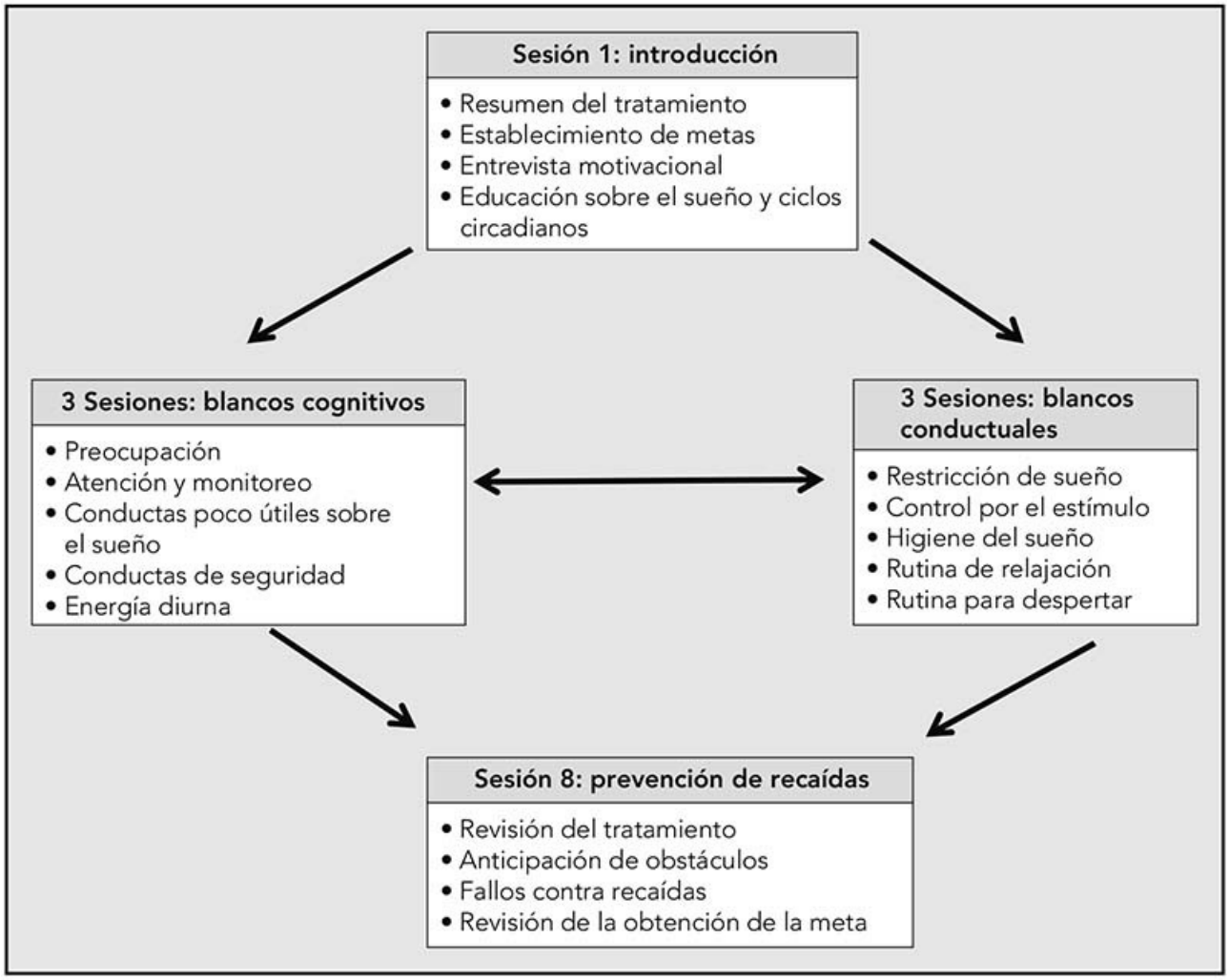


Figura 16-1. Diagrama de flujo del tratamiento. Advierta la discreción del profesional para iniciar con blancos conductuales o cognitivos según lo indican las conceptualizaciones del caso.

Escenario

El resumen de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio que aquí se presenta es un tratamiento ambulatorio administrado en un escenario individual más que en uno de grupo. Por lo general las sesiones son semanales. El terapeuta encontrará útil tener una mesa sobre la cual esparcir los materiales (diarios, folletos, registros de pensamientos) junto con una calculadora para derivar los promedios semanales de sueño y las puntuaciones de eficiencia del sueño. Se anima al cliente para que mantenga todos los materiales relacionados con el tratamiento en una carpeta o encuadernado y se le refuerza por llevarlos a la sesión semanal.

Aunque el tratamiento se conduce de manera individual, no deben ignorarse los contextos social y familiar del ambiente de sueño. Los clientes tendrán compañeros de

cama, niños o mascotas que pueden interrumpir su sueño y el terapeuta tendrá que improvisar a menudo para adaptar las directrices del tratamiento a la vida de los clientes individuales. Los contextos sociales, cuando se usan de manera estratégica, también pueden facilitar la adhesión al tratamiento y el cambio conductual. Puede ser útil alentar la participación de amigos, familiares y el uso de la tecnología para contribuir a la adhesión a los principios del sueño -por ejemplo, en la regularización de los tiempos de sueño y vigilia-, la restricción del sueño y el control por el estímulo, cada uno de los cuales se describe más adelante. Muchos clientes pueden usar las alarmas de su teléfono celular como recordatorios para empezar un periodo de relajación o despertarse cada mañana a la misma hora. Asimismo, para el éxito de las estrategias puede ser crucial obtener el apoyo de la familia y los amigos para que llamen o visiten por la mañana al paciente para impedir que duerma de más o que respeten un periodo de "no llamadas" en la hora anterior al momento en que se va a la cama para promover la relajación.

Variables del cliente

El tratamiento que aquí se describe es para individuos que sufren "insomnio", definido como la dificultad para conciliar o mantener el sueño por lo menos tres noches por semana. Este tratamiento es igualmente adecuado para hombres y mujeres. Aunque el tratamiento que aquí se presenta es apropiado para adultos, es fácil hacer adaptaciones para adolescentes (Clarke y Harvey, 2012; Harvey, 2009). Este tratamiento es efectivo para clientes que presentan una variedad de diagnósticos comórbidos, incluyendo ansiedad, depresión y otras condiciones psicológicas, junto con diversas comorbilidades médicas. Es necesario hacer consideraciones especiales en el caso de los clientes con trastornos concurrentes por consumo de alcohol y sustancias debido a la miríada de efectos que tienen en el sueño.

Muchos clientes que buscan tratamiento están tomando un medicamento para el sueño, sea prescrito o de venta libre, y muchos de esos medicamentos se toman por la noche. Los clientes tal vez deseen disminuir o dejar de tomarlos. En el caso de los medicamentos prescritos, se cuenta con una base de evidencia de cómo descontinuarlos, los lectores interesados pueden consultar diversos protocolos para obtener mayor información (Belleville, Guay, Guay y Morin, 2007; Lichstein *et al.,* 1999). Cualquier cambio en un régimen de medicamentos recetados se hace en colaboración con el proveedor de la receta. La descontinuación de los medicamentos para el sueño de venta libre no parece tener efectos importantes (Morin, Koetter, Bastien, Ware y Wooten, 2005) y pueden suspenderse sin colaboración de un médico.

Variables del terapeuta

Es esencial establecer una relación de trabajo colaborativo entre clínico y cliente; además de una genuina empatía y apoyo, entre ellos debe establecerse una alianza sólida porque el éxito del tratamiento depende en buena medida de que el cliente lleve a cabo diferentes recomendaciones clínicas. En este contexto, el terapeuta debe actuar como facilitador y solucionador de problemas, y ofrecer directrices e instrucciones específicas y

retroalimentación correctiva. La terapia es directiva, está orientada a la tarea y enseña a los clientes habilidades de solución de problemas para mejorar el sueño y afrontar el insomnio residual después de completar el tratamiento. A su vez, el cliente participa activamente en el proceso terapéutico y es responsable de poner en práctica los procedimientos clínicos.

Este tratamiento es altamente estructurado y requiere tiempo, esfuerzo y cumplimiento diligente de las tareas asignadas, lo que no es una exageración. Aunque algunos procedimientos en principio parecen simplistas y claros, debe advertirse al cliente que el cumplimiento regular y constante de todo el programa, incluyendo las tareas, es fundamental para un resultado exitoso.

A menudo es necesario contrastar el enfoque de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio con un tratamiento farmacológico para ese problema. Es esencial señalar que, con la terapia cognitivo-conductual no hay un "arreglo rápido" para el insomnio crónico. Para evitar la terminación prematura es importante advertir al cliente que no debe esperar resultados inmediatos después de una o dos visitas al consultorio. Se requiere un compromiso de seis a ocho semanas; se enfatiza el formato de tiempo limitado para maximizar el cumplimiento. Considerando que la mayoría de los clientes han sufrido de insomnio por años, esto representa una inversión muy pequeña de tiempo.

También es importante comunicar un sentido de esperanza y modelar una actitud positiva, aunque realista, en lo que concierne al resultado. Es normal que ocasionalmente ocurra una mala noche de sueño, sobre todo si se asocia con un estresor, por lo que es menester anticipar dicha posibilidad. También es importante enfatizar que una meta del tratamiento es dotar al cliente de herramientas y métodos que le permitan seguir mejorando la calidad del sueño una vez que termine la terapia.

Por último, los terapeutas trabajan con los clientes para alentar un sistema de recompensas y reforzamiento positivo regular que facilite el cambio de conducta; puede motivarse el cumplimiento de las recomendaciones del tratamiento mediante el uso de pequeñas recompensas diarias, como una visita matutina a la cafetería o disfrutar de un buen baño. De igual modo, es mejor que en las sesiones los terapeutas destaquen los logros más que los fracasos. Por ejemplo, si el diario semanal de sueño de un cliente revela que éste tomó siestas en cuatro de siete días, se recomienda elogiarlo por los tres días en que **no** durmió siesta, hacer un análisis funcional de cómo evitó las siestas y señalar los parámetros positivos de sueño nocturno (p. ej., disminución en el tiempo para conciliar el sueño o en los despertares nocturnos) en los días en que no durmió siesta.

EVALUACIÓN

Estimaciones subjetivas

Como es evidente en los criterios del DSM-5, el insomnio se define subjetivamente. Como tal, durante la evaluación de dicho trastorno los clientes reportan datos de sueño en tres niveles (para mayor información sobre la evaluación del insomnio, consulte el trabajo de Buysee, Ancoli-Israel, Edinger, Lichstein y Morin, 2006). Primero, se obtiene una historia clínica de sueño que permita evaluar los criterios diagnósticos y la presencia de problemas comórbidos. La información recabada incluye duración, frecuencia y severidad de la alteración del sueño nocturno, incluyendo estimaciones de los parámetros clave del sueño: latencia para el inicio del sueño, número de despertares después del inicio del sueño, cantidad total de tiempo que se estuvo despierto después del inicio del sueño, tiempo total y una estimación de la calidad del sueño (CS). Se obtiene la información sobre el inicio y duración del insomnio y el tipo de síntomas (es decir, inicio y mantenimiento del sueño, problemas para despertar temprano por la mañana, o una combinación de ellos). Es crucial una descripción de los correlatos durante el día y las consecuencias del insomnio. También es importante obtener información sobre medicamentos (de prescripción y de venta libre) y la identificación de la presencia de trastornos psicológicos y problemas médicos (incluyendo otros trastornos del sueño) comórbidos.

Segundo, pueden usarse uno o más instrumentos validados para indicar la presencia y severidad de la alteración del sueño (p. ej., el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh; Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer, 1989), insomnio (p. ej., Índice de Severidad del Insomnio; Bastien, Vallieres y Morin, 2001), y somnolencia durante el día (p. ej., Escala de Somnolencia de Stanford; Hoddes, Zarcone, Smythe, Phillips y Dement, 1973). También puede usarse la Entrevista Estructurada de Duke (Edinger *et al.,* 2009), una entrevista semiestructurada que evalúa los criterios diagnósticos de las alteraciones del sueño, para establecer diagnósticos de dichas alteraciones.

Tercero, debe solicitarse al cliente que durante dos semanas lleve un diario de sueño (Carney *et al.,* 2012) en el cual, cada mañana, en cuanto le sea posible después de despertar, registre estimaciones prospectivas del sueño. Un diario del sueño ofrece una gran cantidad de información, incluyendo la variabilidad noche a noche en la dificultad para dormir y los patrones de sueño y vigilia; además, también puede usarse para identificar la presencia de problemas en el ritmo circadiano, como una fase de sueño demorada o una fase de sueño adelantada. Los diarios de sueño también disminuyen algunos problemas asociados con los métodos recién revisados que dependen del reporte retrospectivo, como el hecho de responder con base en lo destacado (es decir, la peor noche) o lo reciente (es decir, la última noche) (Smith, Nowakowski, Soeffing, Orff y Perlis, 2003). Curiosamente, la "mayor consciencia" de los patrones de sueño facilitada por el diario puede disminuir la ansiedad por el sueño perdido y contribuir así a un sueño mejor (Morin, 1993, p. 71). En la figura 16-2 se ilustra un ejemplo de un diario de sueño.

Por la mañana, complete la información correspondiente a la noche anterior… día	Martes 25/3	_____ /	_____ /	_____ /	_____ /	_____ /
1. Ayer, dormí siesta de _____ a _____ (Anote el tiempo de todas las siestas).	1:30 a 2:30 P. M.					
2. Ayer, tomé _____ mg de medicamento y, o _____ onzas de alcohol para ayudarme a dormir.	Ambien, 5 mg					
3. La noche anterior, me fui a la cama y apagué la luz a las _____ en punto (AM o PM)	10:45 P.M. 11:15 P.M.					
4. Después de apagar las luces, concilié el sueño en _____ minutos.	40 min.					
5. Mi sueño fue interrumpido _____ veces. (Especifique la cantidad de despertares nocturnos)	3					

6. Mi sueño fue interrumpido durante _____ minutos. (Especifique la duración de cada despertar).	10 45					
7. La noche anterior, salí _____ veces de la cama.	3					
8. Esta mañana, me desperté a las _____ en punto. (Anote la hora del último despertar).	6:15 A.M.					
9. Esta mañana tenía planeado despertar a las _____ en punto AM o PM (o deje el espacio en blanco si no había planeado una hora específica).						
10. Esta mañana en realidad salí de la cama a las _____ en punto (especifique la hora).	6:40 A.M.					
11. Cuando me levanté esta mañana, me sentía	2					

_____ (Responda en una escala de 1 a 5 puntos donde 1 = agotado, 5 = renovado).						
12. En general, la noche pasada mi sueño fue _____ (Responda en una escala de 1 a 5 puntos donde 1 = inquieto, 5 = muy profundo)	3					

Figura 16-2. Muestra de un diario de sueño.

Estimaciones objetivas

La polisomnografía (PSG) es un método empleado para clasificar al sueño en varias etapas, implica colocar electrodos superficiales en el cráneo y el rostro para medir la actividad eléctrica del cerebro, los movimientos oculares y el tono muscular. Los datos obtenidos se usan para clasificar cada época por etapa del sueño y en términos de ciclos del sueño (NO-MOR y MOR). Las desventajas asociadas con la polisomnografía incluyen el gasto, la incomodidad para los participantes y la naturaleza intensiva del trabajo. Aunque la polisomnografía no se necesita para la evaluación rutinaria del insomnio (Reite, Buysee, Reynolds y Mendelson, 1995), es importante si se sospecha que el cliente presenta un trastorno del sueño comórbido como apnea del sueño o un trastorno de movimiento periódico de las extremidades.

La actigrafía es un medio alternativo para obtener una estimación objetiva del sueño. Un actígrafo es un pequeño dispositivo que se lleva en la muñeca y que contiene un sensor, un procesador y un almacén de memoria. El sensor toma muestras del movimiento físico que pueden ser descargadas y analizadas para generar varias estimaciones de los parámetros del sueño, aunque no pueden diferenciar sus etapas. La correlación entre las estimaciones del tiempo total de sueño definidas por actigrafía y polisomnografía es muy elevada y va de .88 a .97 en adultos que no presentan el trastorno (Jean-Louis *et al.,* 1997), aunque vale la pena notar que el éxito de la validación de la actigrafía para pacientes con insomnio ha sido variable. La actigrafía parece ser menos precisa en poblaciones con sueño fragmentado (Paquet, Kawinska y

Carrier, 2007) y en momentos de vigilia tranquila, como el periodo de inicio del sueño (Lichstein *et al.,* 2006). Numerosos estudios han documentado que la actigrafía tiende a sobreestimar el tiempo total de sueño y a subestimar el tiempo que se pasa despierto durante el sueño en el insomnio (Lichstein *et al.,* 2006; Vallieres y Morin, 2003). Así, aunque no se requiere la actigrafía para la evaluación del insomnio y puede sobreestimar el tiempo total de sueño, proporciona un resumen del ciclo de sueño-vigilia de una forma mínimamente intrusiva (Morgenthaler *et al.,* 2007).

INTRODUCCIÓN DEL TRATAMIENTO

Luego de una evaluación de la historia y severidad del insomnio, y de la recolección de datos durante un lapso que va de siete a 14 días, debe programarse una primera sesión de tratamiento con el cliente. Esta primera sesión incluye varios componentes críticos del tratamiento: presentar un resumen y explicar la lógica del tratamiento, derivar una formulación individualizada del caso e informar al cliente sobre los procesos básicos del sueño. Después de esta sesión inicial, se hace la selección de procesos conductuales y cognitivos que serán los blancos del tratamiento. El tratamiento concluye con una revisión de las herramientas y la atención en la prevención de recaídas.

Resumen del tratamiento

En la introducción al tratamiento, el terapeuta presenta en la primera sesión un resumen de la terapia, el cual puede adoptar el siguiente formato:

> "El tratamiento que va a recibir se conoce como terapia cognitivo-conductual para el sueño (terapia cognitivo-conductual para abreviar), una intervención psicológica diseñada para ayudarle a cambiar algunas conductas (hábitos de sueño, horarios para dormir) y pensamientos y creencias (preocupaciones por la falta de sueño y sus consecuencias) que contribuyen a perpetuar sus problemas de sueño. Se eligieron como blanco del tratamiento porque la investigación ha demostrado que es una estrategia efectiva. La terapia cognitivo-conductual para el insomnio se caracteriza porque se enfoca en el sueño, es relativamente breve en comparación con otros tipos de psicoterapia y porque usted tendrá un papel muy activo en su tratamiento. Ese tratamiento involucrará de seis a ocho sesiones semanales de terapia individual de 50 minutos. La agenda principal de cada una de esas sesiones incluirá la revisión de su diario de sueño de la semana anterior, ofrecerle recomendaciones prácticas y proyectos para casa que faciliten los cambios en los hábitos de sueño, horarios, creencias, pensamientos, entre otros, y ayudarlo a resolver problemas que pueden interferir con su progreso, y asignación de tareas. El principal objetivo es ayudarlo a mejorar su sueño y su funcionamiento durante el día. Para lograr esas metas, se le brindará orientación directa, pero usted será responsable de llevar a cabo las recomendaciones en casa".

Después de presentar este resumen, el terapeuta ofrece información adicional sobre el desarrollo de la intervención y sobre su efectividad clínica. Esta información ayuda a aumentar la credibilidad del tratamiento y a generar esperanza en los clientes que han sufrido insomnio durante mucho tiempo, advirtiéndoles a la vez que no deben esperar cambios rápidos en el sueño.

> "Este tratamiento fue desarrollado por psicólogos como una alternativa a las terapias farmacológicas. Se basa en la investigación clínica y ha sido probado de manera

exhaustiva en todo el mundo, ha demostrado ser eficaz en cientos de individuos que sufrían problemas de insomnio similares al suyo. Este tratamiento ayudará a mejorar su sueño y, lo que es más importante, a desarrollar habilidades de automanejo que le permitan recuperar el control del sueño y enfrentar de manera más adaptada dificultades ocasionales que pueda encontrar incluso después de terminar este programa. Si bien con este tratamiento puede necesitar más tiempo para mejorar su sueño que con los medicamentos, la investigación ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual produce mejoras que se mantienen mucho después de concluir el tratamiento".

Se anima a los terapeutas a enfatizar la naturaleza colaborativa del tratamiento y la importancia de las tareas como fundamentos centrales del tratamiento. El concepto básico de esta aproximación, que es común a la mayoría de las terapias cognitivo-conductuales, es que el cliente asume un papel activo en su tratamiento. Como tal, se le anima a desarrollar habilidades que le permitan obtener un mejor control de su sueño.

Llevar un diario de sueño es un requisito esencial del tratamiento, y eso se deja muy claro durante la primera sesión de terapia. Los terapeutas explican que llevar el diario es importante para: (1) documentar la naturaleza y severidad del problema inicial de sueño; (2) evaluar las variaciones noche a noche en los patrones de sueño e identificar factores que contribuyen a mejorarlo o empeorarlo; (3) supervisar el progreso del tratamiento; y (4) evaluar el cumplimiento de los procedimientos de éste. El tratamiento puede hacerse difícil si el cliente no monitorea su sueño u olvida llevar su diario. Como es probable que el incumplimiento del monitoreo se relacione con el incumplimiento de los procedimientos de tratamiento, los terapeutas deben mencionar este tema antes de que se convierta en un problema. No es necesario que el cliente consulte el reloj para proporcionar horarios exactos; lo único que se necesita es su "estimación" del tiempo del sueño. Si el cliente omite hacer el monitoreo de un día particular, se le debe especificar que no es conveniente que retroceda para hacer una estimación retrospectiva de los parámetros del sueño. Es común que mejore el cumplimiento de los registros en el diario cuando definen el tiempo y lugar para hacer las anotaciones. Por ejemplo, el cliente y el terapeuta pueden elegir un momento (desayuno) y un lugar (la cocina) para hacer las anotaciones en el diario.

Análisis funcional y formulación del caso

Para hacer la formulación del caso, terapeuta y cliente analizan la frecuencia, intensidad y duración del insomnio y sus antecedentes. Se evalúan las conductas relacionadas con el sueño y sus consecuencias: antes de ir a la cama (p. ej., las rutinas a la hora de acostarse), durante la noche (p. ej., dejar encendido el teléfono celular), cuando está despierto (p. ej., somnolencia, letargia) y durante el día (p. ej., consumo de cafeína, siestas). Se hace una gráfica de la relación entre pensamientos, emociones y conductas específicas al sueño durante la noche y el día. La figura 16-3 es un ejemplo de un formato para la conceptualización del caso durante el periodo nocturno.

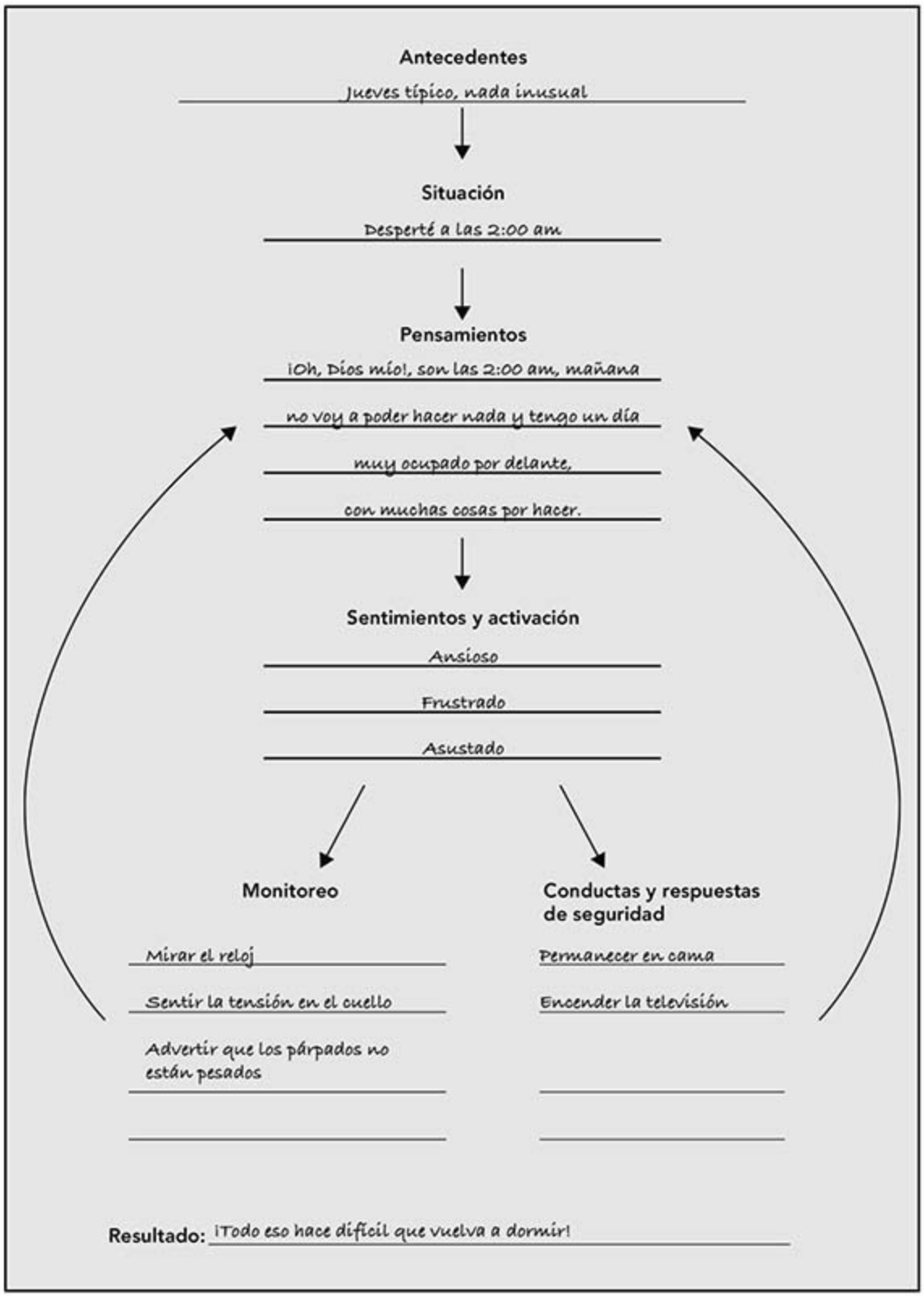


Figura 16-3. Formato completado de la conceptualización del caso para la noche.

La formulación del caso está diseñada para provocar la curiosidad del cliente sobre su sueño y para permitir que empiece a hacerse una imagen de lo que sucede. El terapeuta puede introducir el ejercicio de la siguiente manera:

> "Para planear nuestras sesiones juntos será muy útil obtener una imagen muy detallada de lo que es para usted la experiencia del insomnio, casi como poner su sueño bajo un microscopio. Para ello debemos identificar una noche reciente típica y luego un día reciente típico. Le haré muchas preguntas sobre cada uno, para poder hacerme una idea de las cosas que están sucediendo. Es como una huella digital, cada una es un poco diferente, por lo que el tratamiento necesita ser un poco diferente. ¿Le parece que eso estará bien?"

El primer paso es ayudar al cliente a elegir un ejemplo reciente **muy específico** de un "episodio de insomnio" durante la noche. Asegúrese de trabajar sólo en la obtención de un modelo (es decir, del día o de la noche) a la vez. Un episodio muy específico es una situación que ocurrió en un día particular a una hora particular. Asegúrese de verificarlo constantemente para garantizar que la noche fue típica. A veces, una noche o día seleccionados no fueron típicos o no fueron muy angustiantes. El terapeuta debe detener ese modelo en cuanto eso se haga evidente y empezar de nuevo con una noche angustiante típica. Los ejemplos de algunos episodios recientes muy específicos pueden incluir "La noche del martes pasado trabajé hasta la 1:00 AM y luego no pude dormir" o "El viernes tuve un día terrible en el trabajo, me sentí enfermo, me veía muy mal y tuve un pésimo desempeño". Dedique unos minutos a hacer preguntas que arrojen información que permita explorar el contenido del modelo nocturno o diurno. El propósito de esta discusión inicial es obtener una descripción muy detallada de lo que sucedió **exactamente** y de sus consecuencias. El siguiente es un ejemplo de un cliente que despertó a las 2:00 AM (figura 16-3):

TERAPEUTA: ¿Qué lo despertó?

CLIENTE: No lo sé.

TERAPEUTA: ¿Cómo supo qué hora era?

CLIENTE: Miré el reloj y vi que eran las 2:00 AM.

TERAPEUTA: Cuando miró el reloj y vio que eran las 2:00 AM ¿qué pasó por su mente?

CLIENTE: Pensé, "¡Oh, Dios mío!".

TERAPEUTA: Muy bien, entonces miró el reloj y se dio cuenta de que eran las 2:00 AM y pensó "¡Oh, Dios mío!". ¿Puede decirme más? ¿Qué quiere decir con "¡Oh, Dios mío!"?

CLIENTE: ¡Ay, Dios, no voy a poder hacer nada mañana, tengo un día muy ocupado por delante, con muchas cosas por hacer!

TERAPEUTA: Entonces ¿Cómo se sentía cuando pensó "¡Ay, Dios, no voy a poder

hacer nada mañana, tengo un día muy ocupado por delante, con muchas cosas por hacer!"?

CLIENTE: Realmente ansioso.

En la obtención del modelo es útil hacer las siguientes preguntas inspiradas en el trabajo clásico de desarrollo del tratamiento del equipo de David M. Clark (Clark *et al.,* 1999, 2006). El siguiente extracto ilustra preguntas para los modelos nocturnos y entre corchetes [ ]se presentan preguntas análogas para el día:

Para identificar pensamientos negativos:

- "¿Qué pasaba por su mente/en qué pensaba antes de irse a la cama [al despertar]; mientras se metía a la cama [cuando se preparaba para el día] y cuando se dio cuenta de que no iba a poder dormir [que no iba a tener un buen desempeño]?"
- "¿Qué pensó que sucedería como resultado?"
- "¿Qué significaría eso? ¿Qué habría de malo en eso?"

Para identificar conductas de seguridad:

- "Cuando pensó que podría suceder X, ¿hizo algo para tratar de impedir que sucediera?"
- "¿Hace usted algo para asegurarse de que va a dormir [a tener un buen desempeño durante el día]?"

Para identificar sentimientos

- "¿Qué advierte que pasa en su cuerpo cuando tiene miedo de que suceda X?"
- "¿Qué tipo de emociones tiene cuando piensa en X?"
- "¿Qué hay acerca de su nivel de energía?"

Para identificar el monitoreo

- "¿Cómo supo que sucedería X?"
- "¿Cómo determinó o midió lo cerca que estaba de quedarse dormido o qué hora era [que se sentía tan cansado]?"
- "¿Cómo monitorea o mide cuando regresa el insomnio?"
- "¿Cómo sabe que no se ha quedado dormido [que sigue cansado]?"

Es importante que el terapeuta haga preguntas que ilustren la relación cíclica entre pensamientos, sentimientos y conductas que a menudo es evidente en el insomnio. Esas preguntas se enfocan en las flechas. A menudo es importante conectar el "monitoreo" y las "conductas de seguridad" con los pensamientos. A continuación se presentan algunas preguntas que pueden ayudar:

Para conectar pensamientos, sentimientos y conductas:

- "¿En qué piensa cuando está concentrado en (dar ejemplos de monitoreo, como mirar

el reloj)? ¿Hay algo que pase por su mente?"
- "¿Qué impacto tiene en la probabilidad de que pueda volver a dormir el hecho de concentrarse en (dar ejemplos de conductas de seguridad, como permanecer en cama por largos periodos)?"
- "¿El hecho de monitorear esas cosas (cuando las enfrenta haciendo X) le ayuda a preocuparse menos o desencadena más preocupaciones?"

Hacer explícitas las consecuencias:
- "¿Mantenerse atento a la fatiga y tensión tiene alguna consecuencia [para su día]?"
- "¿Esos pensamientos, emociones o conductas tuvieron alguna consecuencia en el hecho de que pudiera volver a dormir [en la forma en que transcurrió el resto de su día]?"

Una vez que se obtuvo el modelo, el terapeuta comparte con el cliente la **versión personalizada,** y solicita retroalimentación y reacciones al mismo; para ello podría decir algo como:

> "Esto ha sido muy útil. Permítame mostrarle lo que he estado garabateando aquí, y me gustaría que me diera retroalimentación sobre las partes que pude captar y las partes en que me equivoqué. Esto es muy similar a lo que solemos encontrar. Esos tipos de pensamiento [mencione algunos] parecen conducir a esos tipos de sentimientos [mencione algunos]. Cuando aparecen juntos hacen que resulte difícil dormir. Encima de eso, los pensamientos y sentimientos pueden ponernos en un estado de vigilancia. Luego empezamos a monitorear el ambiente y nuestro cuerpo [dé algunos ejemplos de los tipos de monitoreo en que se involucra el cliente], lo que suele desencadenar más pensamientos que desencadenan más sentimientos. Luego, de manera muy comprensible, intentamos afrontar eso haciendo cosas como [mencione algunas de las conductas de seguridad]. Ahora bien, es probable que algunas de esas cosas en verdad nos ayuden a volver a dormir, pero para estar seguros, durante el tratamiento haremos algunos experimentos para probar si de verdad son útiles. Esa es la razón por la que las llamamos conductas de seguridad. Las conductas de seguridad son cosas que hace la gente para tratar de resolver el problema que tienen pero que, de manera inadvertida, en ocasiones contribuyen al problema. Podemos probar si esas conductas le ayudan o no. ¿Le parece que este modelo es adecuado para usted?"

Una vez que se completó el modelo, es importante preguntar a los clientes si pueden pensar en maneras de intervenir. Si se identifica un área, dibuje una línea doble a través de las flechas de mantenimiento para representar visualmente la interrupción del ciclo. Muy a menudo los clientes no pueden discurrir formas de intervenir, por lo que el terapeuta puede ayudarlos diciendo algo como lo siguiente:

> "Sugiero que uno de nuestros blancos sean esos pensamientos… si podemos cambiarlos podremos cambiar sus sentimientos. Esto por sí solo será muy útil para ayudarlo a volver a dormir. Además, también nos dirigiremos al monitoreo. Cuando

cambiamos el monitoreo la gente por lo general se siente mucho más relajada y duerme mucho mejor. Entonces, como ya dije, si está interesado haremos algunos experimentos para evaluar las cosas que hace justo ahora para afrontar la situación, para ver si algunas de ellas alimentan el ciclo".

Haga un resumen señalando que un cambio en una o más partes del ciclo perpetuante cambiará el sistema.

Establecimiento de metas

Una vez que se realizó la conceptualización del caso y se obtuvieron los modelos del insomnio, durante la sesión se identifican y anotan metas específicas de manera colaborativa. Deben plantearse metas claras (p. ej., "conciliar el sueño en un lapso de 30 minutos cada noche" en lugar de "conciliar el sueño con mayor rapidez por la noche") y factibles (p. ej., "dormir durante la noche sólo con varios despertares breves" en lugar de "dormir toda la noche sin despertar", ya que la última no es biológicamente factible). Profesionales y clientes deben establecer metas para la noche (conciliar el sueño, permanecer dormido, adelantar la hora de ir a la cama) y para el día (aumentar la energía, disminuir el consumo de cafeína). Las metas se revisan brevemente a la mitad y al final del tratamiento.

Las metas de la terapia se establecen en la primera sesión, pero es posible que deban ser re-evaluadas y reajustadas periódicamente a medida que la intervención se desarrolla. Es importante establecer metas realistas, operacionales y bien definidas ya que eso contribuye a mantener el enfoque de la terapia. Cuando se establecen metas bien definidas la alianza terapéutica se mantiene orientada a las necesidades y deseos del cliente y se minimiza la distracción a materiales irrelevantes. También proporciona información útil sobre las expectativas de sueño del cliente, que en ocasiones deben ser ajustadas durante el proceso de establecer las metas.

Entrevista motivacional

La entrevista motivacional (EM) es un método de comunicación que hace hincapié en la aceptación del cliente como individuo, evita la argumentación y las conferencias, y se concentra en obtener y moldear un lenguaje a favor del cambio (es decir, el habla del cambio; Miller y Rollnick, 2002). También incluye revisiones regulares y claras de las ventajas y desventajas percibidas en el cambio porque muchas conductas que son incompatibles o que interfieren con el sueño son gratificantes.

Se lleva a cabo una revisión clara de las ventajas y desventajas percibidas en el cambio. Por ejemplo, a los clientes suele costarles trabajo despertar más o menos a la misma hora durante la semana y en los fines de semana. Permitir que el cliente, con la ayuda del terapeuta, plantee ventajas y desventajas facilita el cambio conductual. La entrevista motivacional se revisa en sesiones futuras conforme se introducen otras estrategias.

Educación sobre el sueño y los ciclos circadianos

Se presenta al cliente la información sobre el sistema circadiano y el sueño impulsado por un proceso homeostático (vea la sección anterior sobre "Sueño e insomnio") para subrayar los dos puntos siguientes: (1) acostarse y despertar cada día a la misma hora contribuye a la adaptación del sistema circadiano al ciclo de sueño-vigilia de 24 horas; y (2) dormir siesta durante el día interrumpe la acumulación natural de la presión homeostática para el sueño. La información sobre cambios específicos del sueño durante el ciclo de vida también es útil para los individuos de todo el rango de edad. En la adolescencia y la adultez temprana, la intervención se facilita si se entiende el cambio biológico que se da en la pubertad y que favorece acostarse y despertarse más tarde. De igual modo, explicar a los adultos que con la edad el sueño se hace más ligero y más fragmentado y que necesita cambiar, por ejemplo, que pueden ser suficientes siete horas de sueño por noche, contribuye a la normalización y sienta las bases para la intervención.

Restricción del sueño

La restricción del sueño, desarrollada por Spielman y colaboradores (1987), tiene fundamento en la premisa general de que debe limitarse el tiempo que se permanece en cama para maximizar la pulsión del sueño y para fortalecer la asociación entre la cama y dormir. Este tratamiento conductual comienza con una reducción del tiempo que se pasa en cama, de modo que el tiempo que el cliente permanece en la cama sea equivalente al que calcula que pasa durmiendo. Así, por ejemplo, si un individuo duerme alrededor de seis horas por noche (un promedio semanal basado en los diarios del sueño), pero suele pasar otras dos horas tratando de conciliar el sueño, la terapia de restricción del sueño empezaría por limitar a seis horas el tiempo que pase en la cama. Esta reducción inicial del tiempo que la persona pasa en la cama pretende aumentar su pulsión homeostática para dormir (Perlis y Lichstein, 2003) y disminuir la asociación entre la cama y el hecho de estar despierto. Luego de esta restricción, el sueño se va haciendo cada vez más eficiente, momento en que se inician incrementos graduales en el tiempo que se pasa en la cama.

Para empezar el proceso de restricción, los profesionales calculan el tiempo total de sueño, el tiempo que se pasa en la cama y la **eficiencia del sueño** con base en el diario de sueño de la semana anterior. La eficiencia del sueño se define como el tiempo total de sueño dividido entre el tiempo que se pasa en la cama y multiplicado por 100 para obtener un porcentaje. Así, en el ejemplo anterior, si en la semana un cliente durmió un promedio de seis horas por noche y pasó un promedio de ocho horas en la cama, la eficiencia del sueño para esa semana será (6 ÷ 8) × 100, o 75%. La meta es aumentar la eficiencia del sueño a más de 85% a 90%. El terapeuta debe establecer una **ventana de sueño** igual al tiempo total de sueño de la semana anterior (seis horas), para lo cual elige con el cliente una hora para acostarse y para levantarse (p. ej., 12:00 AM a 6:00 AM). Una vez que la eficiencia del sueño llega a 85%, cliente y terapeuta pueden ampliar gradualmente la ventana (p. ej., en 30 minutos por semana) hacia un tiempo de sueño óptimo.

Los clientes a menudo titubean en implementar la restricción del sueño. Muchos individuos con insomnio creen que necesitan pasar mucho tiempo en cama para "conseguir" una cantidad mínima de sueño. A otros les preocupa la privación a corto plazo del sueño que es probable que provoque la restricción; después de todo, los clientes desean dormir **más** y la restricción del sueño es una estrategia que, en el corto plazo, probablemente les permita dormir **menos**. Debe explicarse al cliente que su cerebro y su cuerpo desarrollaron hábitos que dieron lugar a permanecer despierto en la cama y a una baja eficiencia del sueño. La restricción del sueño es la forma más efectiva de mejorar su eficiencia consolidando el tiempo de sueño. Es importante informar al cliente que, aunque en principio no pueda dormir más, es probable que mejoren la calidad y eficiencia de su sueño. Esos son los primeros pasos para remediar los problemas del sueño. Asegure al cliente que a medida que mejore la eficiencia de su sueño, ampliará la

"ventana de sueño" para permitir que pase más tiempo en cama.

Control de estímulos

El fundamento de la terapia por control de estímulos radica en la idea de que el insomnio es resultado del condicionamiento que ocurre cuando la cama queda asociada con la incapacidad para dormir. La cama, la hora de acostarse y la recámara perdieron sus propiedades previamente asociadas con el sueño, por lo que la meta terapéutica principal es reestablecer o fortalecer las asociaciones entre el sueño y las condiciones estímulo en que éste suele ocurrir. Según la descripción de Bootzin, Epstein y Wood (1991), el control por el estímulo requiere que el cliente siga una serie de recomendaciones conductuales específicas. A continuación se resumen esas recomendaciones, junto con sugerencias para presentarlas.

- *Vaya a la cama sólo cuando esté somnoliento*. Para reestablecer la asociación entre la cama y el sueño, se indica a los clientes que se acuesten y permanezcan en la cama sólo cuando se sientan somnolientos y el sueño sea inminente. Los terapeutas explican que **somnoliento** es diferente a **cansado**, y que aunque un individuo se sienta cansado por la noche, debe esperar a sentirse somnoliento antes de meterse a la cama. Advierta que, si se ha establecido una ventana de sueño como parte de la restricción del sueño (según la descripción anterior), se indica al cliente que **permanezca despierto** hasta el inicio de la ventana de sueño, incluso si se siente somnoliento.
- *Salga de la cama si no puede conciliar el sueño*. Como el tiempo que se permanece despierto en la cama suele asociarse con preocupación, rumiación y activación, se instruye a los clientes para que salgan de la cama si no se duermen al cabo de 15 a 20 minutos, y que sólo regresen a la cama cuando se sientan somnolientos. Esto puede presentarse en la sesión de la siguiente manera:

  "Si no puede conciliar el sueño o volver a dormirse al cabo de 15 a 20 minutos, salga de la cama, vaya a otra habitación y realice alguna actividad tranquila que le resulte relajante. Puede leer, escuchar música, hacer un crucigrama o encontrar otra cosa que no lo active. Regrese a la cama sólo cuando se sienta somnoliento y repita este paso tantas veces como sea necesario durante la noche -entonces, cada vez que despierte y permanezca despierto por más de 20 minutos, saldrá de la cama e irá a otra habitación-. Este régimen ayudará a asociar de nuevo su cama y recámara con dormirse **rápidamente**".

- Los terapeutas pueden participar con los clientes en una lluvia de ideas para encontrar actividades relajantes y anotarlas en la sesión, para ello deben escuchar con cuidado y desalentar actividades potencialmente estimulantes (navegar en Internet, mirar ciertos programas de televisión, limpiar la casa). Es importante enfatizar a los clientes que será difícil cumplir esta recomendación, por lo que es conveniente animarlos a poner en la cama ropa abrigadora para aumentar su disposición a salir de la cama. En el caso de los

clientes que viven en estudios o en un solo cuarto, puede hacerse una lluvia de ideas para encontrar un lugar alterno (una silla o un cojín sobre el piso) a donde ir cuando salgan de la cama.

- *La recámara debe dejarse para dormir y para el sexo.* Elimine de la cama y la recámara todas las actividades incompatibles con el sueño (conversaciones molestas, estudiar, ver televisión). Muchos individuos se meten temprano a la cama y leen o ven televisión para facilitar el inicio del sueño. No obstante, es importante recordar a los clientes que ese tiempo que se pasa en la cama despierto diluye la asociación entre la cama y el sueño.
- *Desaliente las siestas*. Explique a los clientes que dormir siestas puede compensar la presión homeostática para dormir, lo que hace más difícil conciliar el sueño o permanecer dormido durante la noche. Para ilustrar este punto a menudo es útil señalar en el diario de sueño ejemplos específicos en que una siesta diurna hizo más difícil conciliar el sueño o dio lugar a más despertares durante la noche. Si los clientes acostumbran dormir siesta a ciertas horas, hagan una lluvia de ideas para encontrar actividades que puedan programarse como alternativa. Diga a los clientes que, aunque en el corto plazo se sientan bien al dormir siesta, a largo plazo ésta puede alterar los ciclos de sueño-vigilia y perpetuar el insomnio.

Higiene del sueño

Para enseñar a los clientes los pasos básicos que pueden dar para mejorar el sueño, es común que se les proporcione información sobre éste y conductas incompatibles con él, y sobre las consecuencias que tiene durante el día su alteración. Las intervenciones que se enfocan en la higiene del sueño son de naturaleza conductual y tienen como blanco rutinas incompatibles con el sueño. Las intervenciones de la higiene del sueño por lo general incluyen los siguientes componentes (Morin y Espie, 2003). Primero, se presenta al cliente información sobre los efectos de alteración del sueño del consumo de alcohol, tabaco y cafeína , y se le anima a evitar la cafeína por la noche y el alcohol y el tabaco a la hora de irse a la cama. Se sugiere a los clientes comer un bocadillo antes de ir a la cama y a evitar las comidas copiosas. De igual manera, se sabe que el ejercicio mejora la continuidad y calidad del sueño, por lo que se recomienda al cliente; sin embargo, hacer ejercicio unas horas antes de acostarse puede demorar el inicio del sueño. Por último, se anima al cliente a mantener el ambiente de la recámara en silencio, oscuro y fresco. Aunque la educación sobre higiene del sueño suele ser incluido como un componente de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio, su uso como intervención única en el tratamiento del insomnio no ha recibido apoyo empírico (Morin *et al.,* 2006).

Desconexión, despertar y regularidad

Rutina de desconexión

Los clientes necesitan ayuda para encontrar un periodo de "desconexión" de 30 a 60 minutos para realizar actividades relajantes, propicias para el sueño, en condiciones de

luz tenue. Una rutina regular de desconexión es benéfica en múltiples dominios: favorece la relajación, incrementa las asociaciones positivas con la cama y la hora de acostarse, y, cuando se realiza en condiciones de luz tenue, ayuda a adelantar la fase circadiana en clientes que son del tipo nocturno y a mantener la regulación (Wyatt, Stepanski y Kirkby, 2006). Las actividades que se alientan en la rutina de desconexión incluyen la lectura, higiene y aseo, baño, hacer un crucigrama sencillo, escuchar música suave y otras actividades relajantes elegidas por el cliente. Una cuestión importante es el uso de medios electrónicos interactivos (navegar en Internet, usar el teléfono celular, entrar a las redes sociales); aunque los clientes reconocen que se trata de actividades estimulantes, se muestran renuentes a abandonarlas en el periodo anterior al sueño. La entrevista motivacional a menudo resulta útil toda vez que muchos clientes sufren aislamiento social y dependen de la interacción social en Internet antes de ir a la cama. Un experimento conductual que se extienda a lo largo de la semana (p. ej., durante tres noches el paciente va a la cama "de la manera usual" y las tres noches siguientes lo hace con una "rutina de desconexión", todos los días califica su nivel de relajación antes de ir a la cama y la latencia para el inicio del sueño) puede ayudar a ilustrar los efectos propicios para el sueño de una buena rutina de desconexión (Harvey y Talbot, 2012a). Muchos clientes eligen voluntariamente un toque de queda electrónico y un horario en que comenzará la desconexión, optando por establecer la alarma del teléfono celular como recordatorio.

Rutina para despertar

Como se mencionó, es útil que los clientes tengan información sobre la inercia del sueño al despertar y sobre las conductas que pueden aumentar o disminuir dicha inercia. Las conductas útiles para contener la inercia del sueño incluyen no pulsar el botón de repetir cuando suena la alarma, exponerse a la luz del sol al despertar (p. ej., abrir las cortinas para dejar que entre la luz del sol, desayunar fuera), tener actividad física matutina, tomar una ducha, escuchar música alegre y tener contacto social. Pueden hacerse recomendaciones conductuales para combatir el deseo de seguir durmiendo, como colocar el despertador lejos de la cama para que sea necesario levantarse para apagarlo, y tender la cama, de modo que disminuya el incentivo para regresar a acostarse. El apoyo de la familia y los amigos también puede ayudar a una persona a cumplir los horarios para levantarse de mañana.

Regularización y cambio de los tiempos de sueño y vigilia

Regularizar los tiempos de sueño y vigilia durante la semana puede ser una intervención útil, sobre todo si la variabilidad de los horarios parece ser una característica destacada de la alteración del sueño. Un tema central es desarrollar la motivación para que el cliente se levante a la misma hora, incluyendo los fines de semana (Crowley y Carskadon, 2010). Ello fomenta la somnolencia constante por la noche, sobre todo cuando se evitan las siestas.

A menudo es útil enmarcar la variabilidad de los horarios alrededor del fenómeno del "*jet lag"* de la siguiente manera:

TERAPEUTA: ¿Alguna vez ha experimentado el *jet lag*?
CLIENTE: Sí, me ha pasado.
TERAPEUTA: ¿Cuándo fue la última vez?
CLIENTE: Bueno, supongo que la última vez fue cuando volé al este para visitar a unos familiares.
TERAPEUTA: ¿Qué advirtió?
CLIENTE: Veamos… Me sentía como perdido… como si no pudiera concentrarme. Me resultaba difícil dormir, ¡más de lo habitual!
TERAPEUTA: Y volar al este… esa es una diferencia horaria de tres horas de aquí, ¿es correcto?
CLIENTE: Sí.
TERAPEUTA: Veamos su diario de sueño de la semana anterior. ¿Qué nota que pasa entre los días de semana y el fin de semana?
CLIENTE: Bueno… el viernes y el sábado me acosté a las 2:00 AM porque salí ambas noches, y supongo que el resultado fue que me quedé dormido.
TERAPEUTA: ¿Y a qué hora se acostó el domingo y el lunes?
CLIENTE: Parece que intenté dormirme a las 11:00 PM porque tenía que levantarme para el trabajo.
TERAPEUTA: Entonces, pasó de las 2:00 AM el fin de semana a las 11:00 PM entre semana. ¡Acaba de volar por el país!
CLIENTE: ¿Eh? No lo había pensado de esa forma.
TERAPEUTA: No es extraño que le costara trabajo conciliar el sueño el domingo y el lunes. Su cuerpo acaba de sufrir un *jet lag* y con el "cambio de horario" era difícil conciliar el sueño
CLIENTE: ¡Con razón tengo tantos problemas los domingos por la noche!

En el caso de los clientes que quieren adelantar sus horarios de sueño, se trabaja para hacer los ajustes conductuales que se adapten a una hora de acostarse más temprana. Para ello se hacen cambios pequeños y sistemáticos (p. ej., adelantar cada semana 20 o 30 minutos la hora de ir a la cama) que permitan asegurar el dominio. Se alienta la exposición a la luz al levantarse, lo que ayuda a adelantar el sistema circadiano, y se trabaja con los clientes para minimizar la variabilidad en los horarios de despertarse. Se les asegura que cualquier presión para dormir (es decir, pérdida de sueño) que se acumule al adelantar el horario para acostarse ayudará a uniformar el horario de sueño al aumentar la probabilidad de que en las noches posteriores el sueño empiece más rápido.

COMPONENTES COGNITIVOS

Preocupación

Es bien conocido que los individuos con insomnio crónico se preocupan por diversos temas mientras están en la cama, y entre esos temas está su incapacidad para conciliar el sueño (Harvey, 2002b; Wicklow y Espie, 2000). Los modelos cognitivos que implican a la preocupación (p. ej., Harvey, 2002a) plantean que ésta activa al sistema nervioso simpático y que la correspondiente activación fisiológica obstaculiza el inicio del sueño (Espie, 2002). Por consiguiente, un área clínica importante en el tratamiento del insomnio es una intervención cuyo blanco sea la preocupación.

Siguiendo los enfoques bien establecidos de la terapia cognitiva (Beck, 1995; consulte en este volumen el capítulo 7 de Young, Rygh, Weinberger y Beck), el primer paso al abordar la preocupación implica informar al paciente sobre los pensamientos negativos automáticos (PNA) y los errores del pensamiento. El tema de los pensamientos negativos automáticos puede exponerse de la siguiente manera:

TERAPEUTA: Imagine que dos personas se encuentran afuera de un cine, cada una de ellas espera la llegada de una amiga. La amiga está demorada y esas dos personas han estado esperando. La primera persona piensa, "Cielos, me pregunto por qué está demorada. ¡Espero que todo esté bien con ella! ¿Habrá tenido algún accidente en el camino?" La segunda persona piensa, "Cielos, no puedo creer que esté demorada. Siempre hace lo mismo. No tiene respeto por mi tiempo. No es una buena amiga" ¿Qué tipo de emociones cree que está sintiendo la primera persona?

CLIENTE: Probablemente algo de temor y preocupación.

TERAPEUTA: Correcto. ¿Y qué hay acerca de la segunda persona?

CLIENTE: (*con una risita*) Enojo y quizá resentimiento.

TERAPEUTA: ¡Exactamente! Entonces dos personas en la misma situación pueden tener respuestas emocionales muy distintas al mismo hecho según lo que hayan estado pensando. En otras palabras, nuestros pensamientos pueden influir directamente en nuestras emociones. A menudo tenemos docenas de pensamientos en rápida sucesión, y ni siquiera nos percatamos de ello, los aceptamos al pie de la letra sin detenernos a verlos. Durante las siguientes semanas vamos a buscar y a responder a algunos pensamientos automáticos relacionados con el sueño.

El terapeuta proporciona luego mayor educación sobre los pensamientos automáticos: (1) Suelen ser un tren de pensamiento que corre paralelo con el pensamiento hablado; (2) a menudo no se está del todo conscientes de ellos; (3) son extremadamente rápidos y en ocasiones implican sólo unas cuantas palabras en lugar de oraciones; (4) no surgen como resultado de la deliberación, suceden sólo como un reflejo; (5) suele ser difícil abandonarlos; (6) a menudo se acepta su validez sin cuestionarlos; y (7) suelen anteceder

a una emoción poderosa. El terapeuta debe subrayar el punto de que cada día se tienen centenares de pensamientos negativos automáticos, y a menudo es útil buscarlos para prestar atención a los cambios en la emoción.

El terapeuta trabaja luego con el cliente para identificar una emoción poderosa que haya ocurrido en los dos días anteriores y la utiliza como punto de partida para descubrir los pensamientos negativos automáticos relacionados, los cuales se anotan en un formato simple de tres columnas (Situación-Pensamientos-Emociones). Se pide al cliente que durante la semana practique la identificación de otros pensamientos negativos automáticos, que preste atención a los cambios en la emoción y los anote en el formato de tres columnas, haciendo énfasis en los pensamientos negativos automáticos que se relacionan con el insomnio ("Estoy exhausto" o "No podré hacer nada hoy"). El terapeuta también ofrece psicoeducación sobre distorsiones cognitivas comunes (pensamiento en blanco y negro, catastrofización, personalización, confundir sentimientos con hechos, entre otros) y pide a los clientes que categoricen algunos de los pensamientos negativos automáticos que detectaron durante la semana.

En la siguiente sesión, el profesional revisa el formato de tres columnas de pensamientos negativos automáticos del cliente, y hace una breve revisión de dichos pensamientos y sus temas. Luego introduce un registro ampliado del pensamiento que guía al cliente en la evaluación de su validez con una serie de preguntas que incluyen presentar evidencia a favor y en contra del pensamiento, formas alternativas de interpretarlo, considerar lo peor que podría pasar y si el cliente sería capaz de sobrevivir a eso, la utilidad del pensamiento y el efecto de pensar de esta manera, cómo verían otros la situación, qué importancia tendrá el pensamiento cuando el cliente tenga 80 años y si el pensamiento cae en uno de los "errores del pensamiento". Cliente y terapeuta eligen juntos un pensamiento negativo automático y durante la sesión trabajan juntos en el formato.

Una vez que el cliente ha entendido el procedimiento, el terapeuta le asigna la tarea de completar diariamente un registro ampliado, o por lo menos, varios ejemplos cada semana; lo que se mantiene durante varias semanas. El terapeuta fundamenta de la siguiente manera la necesidad de **continuar** diariamente el llenado del registro ampliado: (1) Al observar, reportar y evaluar los pensamientos negativos automáticos se hace más fácil verlos de manera objetiva y distanciarse de ellos; (2) la observación, reporte y evaluación de los pensamientos negativos automáticos ofrecen una oportunidad para probar su realidad o lógica y reconocer que pueden no ser confiables; y, lo que es más importante, (3) porque se requiere mucho tiempo para cambiar los hábitos de pensamiento que han estado presentes por muchos años, se requiere práctica para revertir los viejos hábitos. Es más probable que el nuevo estilo de pensamiento se vuelva habitual si durante algunas semanas el cliente completa cada día dicho formato.

Estrategias de preocupación que son de mucha o poca ayuda

Se ofrece un menú de intervenciones para enfrentar la preocupación, de modo que el cliente llegue a crear una lista personalizada de estrategias que le han resultado o no de

ayuda en el manejo de la preocupación. Entre las estrategias que son de poca ayuda están la supresión (Harvey, 2003a), las creencias positivas acerca de la preocupación (Harvey 2003b) y las preguntas de "por qué" (Watkins y Bacaraia, 2001). En el caso de la supresión, el terapeuta debe presentar las consecuencias adversas de la supresión del pensamiento cada vez que sea relevante, lo que en ocasiones ocurre ya desde la primera sesión. Por ejemplo, en cuanto el cliente menciona algo parecido a "Trato de suprimir mis pensamientos" o "Aclaro mi mente", el terapeuta puede hacer en la sesión el "experimento del oso blanco" ("En el siguiente minuto cierre los ojos y piense en cualquier cosa que quiera, cualquier cosa excepto un enorme y peludo oso blanco") para ilustrar los efectos paradójicos de la supresión de pensamiento. Esto ayuda al cliente a tomar consciencia de que la supresión suele dar lugar al "rebote" o monitoreo del pensamiento suprimido, lo que hace más probable que ocurra. Se dispone de herramientas útiles para evaluar la supresión y otras estrategias de control del pensamiento (Ree, Harvey, Blake, Tang y Shawe-Taylor, 2005). Los terapeutas también deben estar atentos a los clientes que presentan creencias positivas acerca de las preocupaciones previas al sueño; en esos casos pueden usar el cuestionamiento socrático para discutir ventajas y desventajas de la preocupación, o considerar la realización de experimentos conductuales para obtener datos que determinen si las creencias sobre preocuparse en la cama son o no de ayuda. Finalmente, en la presentación del insomnio es común la implicación de preguntas de "¿por qué?" Muchos clientes preguntan cosas como "¿Por qué estoy despierto?" o "¿Por qué no duermo tan bien como mi pareja?" Es importante explicar al cliente que los estudios experimentales sugieren que los "¿por qué?" bloquean el procesamiento y fomentan la rumiación.

Después de revisar lo que **no** debe hacerse en el manejo de la preocupación, deben considerarse con el cliente estrategias alternativas, más útiles, de manejo del pensamiento. Primero, sugiera la idea de que no es conveniente tratar de controlar o suprimir los pensamientos, y luego haga lo contrario, permita que se presenten. Dejarlos ir y venir puede disminuir la fuerza y potencia de los pensamientos e incluso puede llevarlos a la categoría de aburridos. Otra alternativa útil involucra tomar los pensamientos y evaluarlos con el registro ampliado que se describió antes. Explicar la importancia de una zona de desconexión o amortiguamiento y desvincularse del día puede ser una respuesta útil a la preocupación. Finalmente, es conveniente enseñar al cliente a "paladear" y enfocarse en los aspectos positivos de su vida. Paladear involucra atender, apreciar y mejorar las experiencias positivas que se tuvieron durante el día. Puede ser un suceso pequeño o cotidiano como mirar por la ventana y advertir la belleza de árboles y flores que evocan unas vacaciones que se disfrutaron mucho, anticipar una reunión familiar o una cita con el cónyuge o la pareja. Aconseje al cliente que se enfoque en la experiencia positiva y que regrese a ella y la saboree cuando surjan pensamientos negativos. La lógica es asociar el tiempo en la cama con pensamientos positivos. Trabaje con el cliente durante la sesión para identificar momentos del presente, el pasado y el futuro que pueda disfrutar; practiquen juntos este disfrute durante la sesión y permítale reflexionar sobre la experiencia.

Asigne como tarea una o más de esas estrategias alternativas, presentándolas como un experimento conductual. Los experimentos conductuales, explicados en la tabla 16-1 son métodos poderosos usados en todos los componentes cognitivos de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio. (Puede encontrar otras lecturas sobre los experimentos conductuales en los trabajos de Perlis, Aloia y Kuhn, 2012; Ree y Harvey, 2004a). La meta es ayudar a que el cliente adquiera experiencia y práctica con cada uno. De ser necesario, puede hacer un seguimiento con otros experimentos en sesiones posteriores.

Tabla 16-1. Pasos involucrados en la creación, evaluación y procesamiento de experimentos conductuales

Pasos y descripción	Ejemplo
• *Paso 1. Identificar el pensamiento, creencia, conducta o proceso que será blanco del experimento*. Debe quedar clara la lógica de realizar el experimento y del blanco o propósito del mismo. Los blancos pueden incluir cuestionar una creencia o conducta que es de poca ayuda o probar una nueva creencia o conducta. El blanco se anota durante la sesión.	Víctor no está seguro de que ver el reloj sea de ayuda cuando trata de conciliar el sueño. Cree que saber la hora y calcular cuánto tiempo le queda para dormir puede aumentar su ansiedad por la noche; sin embargo, también siente que **no** saber la hora podría incrementar su preocupación y ansiedad durante la noche. Víctor y su terapeuta pretenden probar lo siguiente: "¿Mirar el reloj por la noche ayuda o puede dañar mi sueño?"
• *Paso 2. Colaborar en una lluvia de ideas para un experimento*. Anime a los clientes a ser específicos en la definición de un lugar y momento para el experimento. Sea creativo y active la curiosidad de los clientes. Muestre apertura y flexibilidad ante las ideas del cliente, ya que esto puede aumentar la motivación para realizar el experimento. A los clientes a veces les gusta dar nombres creativos a sus experimentos.	Víctor y su terapeuta acuerdan montar un experimento para probar el impacto que tiene en el sueño mirar el reloj. Acuerdan que durante tres noches verá el reloj como suele hacer, y que no lo verá durante las tres noches siguientes. Víctor dice que se sentirá tentado a ver el reloj en las noches "sin reloj", por lo que junto con su terapeuta realiza una lluvia de ideas para cambiar el reloj de lugar para disminuir esta tentación.
• *Paso 3. Anotar las predicciones sobre el resultado e idear un método para registrar el resultado tan pronto como sea posible después de concluir el experimento*. Esto es muy importante, una demora en el registro del resultado puede dar lugar a un recuerdo vago e impreciso del experimento mismo.	Víctor hace la siguiente predicción: "No ver el reloj por la noche aumentará mi ansiedad y me mantendrá despierto más tiempo porque todo el tiempo me estaré preguntando qué hora es". Junto con su terapeuta deciden registrar la "ansiedad de la última noche" en una escala de 1 a 10 inmediatamente después de despertar y usar el diario de sueño para mirar el tiempo que le toma conciliar el sueño.
• *Paso 4. Anticipe problemas y haga una lluvia de ideas en busca de soluciones*. Pregunte a su cliente qué podría impedir que completara el experimento. Identifiquen	Víctor y su terapeuta analizan los obstáculos para completar el experimento. Víctor debe asistir a una fiesta en una de esas noches, lo que demorará ligeramente su hora de acostarse; junto con su terapeuta deciden

obstáculos y colaboren en idear la forma de superarlos. Si el experimento se centra en una nueva habilidad, practiquen juntos la habilidad durante la sesión antes de volverla parte del experimento.	saltarse el experimento de mirar el reloj en esa noche "atípica" y completarlo las otras seis noches de la semana.
• *Paso 5. Realice el experimento.*	Víctor pasa tres noches mirando el reloj y no lo mira otras tres noches, y registra en su diario de sueño su ansiedad y variables estándar de sueño.
• *Paso 6. Revise el experimento*. Pida al cliente que revise los puntos principales que aprendió del experimento. Ayúdelo a llenar los huecos y anoten juntos las conclusiones. En sesiones futuras recuerde al cliente las conclusiones derivadas de cada experimento. Si el resultado fue distinto al anticipado, haga preguntas de seguimiento para revisar los factores (estado de ánimo, conducta, cogniciones) que podrían haber influido en el resultado de una manera distinta a lo esperado. Por lo general, a través de un cuestionamiento cuidadoso puede extraerse aprendizaje de un experimento independientemente del resultado.	*Noches con reloj:* Puntuaciones de ansiedad (en una escala de 1 a 10): 8, 6, 7 Tiempo para conciliar el sueño (en minutos): 120, 45, 60 *Noches sin reloj:* Puntuaciones de ansiedad (en una escala de 1 a 10): 10, 6, 4 Tiempo para conciliar el sueño (en minutos): 140, 50, 15 A primera vista, las cifras que se presentan arriba no parecen "decidir" el experimento en uno u otro sentido. Sin embargo, luego de un interrogatorio cuidadoso se genera otra hipótesis que puede evaluarse. Víctor reporta que sus niveles de ansiedad y el tiempo que tardó en conciliar el sueño eran constantes en las noches en que podía ver el reloj; mientras que en las noches sin reloj la ansiedad era al principio muy elevada cuando se preguntaba qué hora sería; sin embargo, para el tercer día reconoció que apenas pensaba en la hora. Víctor y su terapeuta discutieron la posibilidad de que estuviera experimentado ansiedad inicial con el nuevo cambio conductual, y especularon que quizá necesitaba más tiempo en la condición sin el reloj para "acostumbrarse" al cambio.
• *Paso 7. De ser necesario, identifique experimentos de seguimiento*. Si el experimento no se completó o si el resultado fue ambiguo y, o surgió otra pregunta, regrese al Paso 1 y elabore otro experimento.	Víctor y su terapeuta decidieron ampliar otra semana la condición "sin reloj", y seguir calificando al despertar la ansiedad y el tiempo requerido para conciliar el sueño

Atención y monitoreo

Como se mencionó, varios estudios han documentado que los individuos con insomnio subestiman su tiempo de sueño y sobreestiman el tiempo que pasan despiertos por la

noche (p. ej., Harvey y Tang, 2012). Los individuos pueden sentirse más ansiosos en relación con su percepción del problema y, al aumentar la vigilancia del estado de sueño, pueden sacar conclusiones erróneas sobre lo que durmieron antes. De igual manera, pueden monitorear signos de fatiga diurna. Se dispone de un instrumento útil para medir el monitoreo relacionado con el sueño (Neitzert Semler y Harvey, 2004). Pueden presentarse experimentos conductuales dentro y fuera de la sesión para ilustrar los efectos de los sesgos atencionales y el monitoreo (Harvey y Talbot, 2012b; Ree y Harvey, 2004a).

El terapeuta puede hacer lo siguiente para introducir el concepto de monitoreo

TERAPEUTA: Cierre los ojos y concéntrese en las articulaciones de su rodilla y en las sensaciones que hay ahí. Yo lo haré también. Tomemos dos minutos para hacerlo. (*Después de dos minutos*) ¿Qué advirtió?

CLIENTE: Mmm…un hormigueo, y alfileres y agujas. Quizá un dolor leve.

TERAPEUTA: Imagine por un momento que existe mucha investigación que indica que las cosas que menciona son signos suaves de una grave enfermedad del sistema inmunológico. Si creyera que eso es cierto, ¿qué impacto tendría en su atención por el resto del día?

CLIENTE: ¡Le prestaría atención a mi rodilla todo el día!

TERAPEUTA: ¿Y cómo se sentiría por esas sensaciones?

CLIENTE: Bueno, supongo que preocupado. Preguntándome si van a empeorar.

TERAPEUTA: ¿Qué pasaría si su sueño fuese como esa rodilla y entre más vigilara los síntomas de cansancio o fatiga, más aparecieran?

El terapeuta puede usar este diálogo para hacer una lluvia de ideas con el cliente sobre el monitoreo en que puede involucrarse durante el día y la noche; luego puede introducir uno o más de los siguientes experimentos conductuales para evaluar el monitoreo.

Monitoreo de la fatiga

Den un breve paseo juntos durante la sesión. Pídale al cliente que durante cinco minutos se concentre en su interior para monitorear cómo se siente su cuerpo, prestando particular atención a los signos de cansancio y fatiga, y que califique su cansancio. Luego, después de concentrarse otros cinco minutos en el exterior, en los árboles, las flores y el cielo, pídale que califique de nuevo qué tan cansado se siente. Regresen al consultorio para el reporte.

Monitoreo de los sonidos

La metáfora del "radar" puede ser útil para enseñar al cliente sobre el monitoreo durante la noche. Una cliente que monitoreaba el camión de la basura tenía encendido su "radar" toda la noche a la espera del sonido del camión. Durante la noche la despertaban muchos

sonidos y pensaba, “Oh, no, es el camión de basura, deben ser como las 5:00 AM. No voy a dormir lo suficiente”. Este pensamiento le provocaba una ansiedad que le hacía difícil volver a dormir. Para enfrentar este monitoreo se usan varias estrategias: (1) evaluar si escuchar el camión de la basura en realidad era una indicación de vigilia o si el camión la había despertado de un sueño ligero; (2) discutir las ventajas y desventajas de tener encendido el “radar” durante la noche; y (3) pedir a la cliente que escuche los sonidos del cuarto, y los más lejanos, en el cuarto contiguo, y todavía más allá, los sonidos de la calle, y los sonidos todavía más lejanos, fomentando así la habituación a todo el rango de sonidos.

Monitoreo de la apariencia física

Una cliente solía quejarse de su apariencia física los días siguientes a las malas noches de sueño. En cuanto se levantaba se veía en el espejo y encontraba bolsas debajo de sus ojos. Cuando se le preguntó por el aspecto de las bolsas los días en que no dormía tan mal, admitió que nunca las había visto en esos días. Se diseñó un experimento conductual en que debía mirar las bolsas bajo sus ojos al levantarse cada día de la semana, sin importar cómo hubiese dormido, y calificar la apariencia de los ojos. La cliente encontró que las bolsas bajo sus ojos en realidad no cambiaban de una mañana a la otra y que de hecho sólo las había ignorado los días en que su sueño no era malo.

Monitoreo del reloj

Prestar atención al reloj durante la noche puede aumentar la ansiedad y la vigilancia, e interferir con el sueño. Cliente y terapeuta pueden crear un experimento en que el reloj esté a plena vista tres noches a la semana y luego se oculta (p. ej., se pone de cara a la pared o debajo de la cama) durante otras tres noches. Por las mañanas se pide al cliente que califique la ansiedad general por el sueño de la noche previa y que lo registre en el diario de sueño. Este diario puede revisarse luego en la siguiente sesión para comparar la ansiedad y la vigilia que experimentó en las noches en que pudo ver el reloj contra las noches en que el reloj estuvo oculto.

Creencias sobre el sueño que son de poca ayuda

En una investigación trascendental sobre el insomnio realizada en la década entre 1990 y 1999, Morin (p. ej., 1993) destacó el papel de las creencias sobre el sueño que son de poca ayuda, lo que llevó a sugerir que esas creencias pueden exacerbar pensamientos intrusivos y de preocupación durante noche y día, contribuyendo al desarrollo y mantenimiento de la alteración del sueño (Harvey, 2002a). Una creencia sobre el insomnio que es de poca ayuda puede encontrarse en un individuo que cree que necesita dormir toda la noche sin despertar para sentirse descansado. Dicha creencia es de poca ayuda porque los despertares son parte natural del sueño nocturno (p. ej., Akerstedt *et al.,* 2002); la preocupación relacionada con esta creencia se encuentra en un individuo que, una vez que se despertó durante la noche, cree que este sueño fragmentado

provocará un deterioro en su trabajo el siguiente día. Un estudio correlacional a gran escala (Jansson y Linton, 2007) midió las creencias de poca ayuda relacionadas con el sueño, depresión, ansiedad y activación en dos puntos temporales con una separación de un año. Los investigadores encontraron que las creencias de poca ayuda relacionadas con el sueño -en particular, las creencias sobre las consecuencias negativas a largo plazo del insomnio- predecían un patrón crónico de sueño inadecuado por encima de la activación, depresión, ansiedad y creencias sobre las consecuencias de corto plazo. Dicha investigación sugiere que para revertir el insomnio crónico es importante enfocarse en las creencias sobre el sueño que son de poca ayuda.

Además de los registros de pensamientos, las creencias de poca ayuda sobre el sueño pueden abordarse de dos maneras: (1) un cuestionamiento socrático gentil para explorar la creencia de poca ayuda, y (2) la elaboración de una encuesta para obtener datos relacionados con la creencia (Harvey y Eidelman, 2012). La siguiente viñeta ilustra la forma en que el terapeuta puede usar el cuestionamiento socrático para guiar al cliente en la exploración y corrección de algunas expectativas poco realistas sobre las necesidades de sueño y la energía matutina:

TERAPEUTA: Algunas de sus respuestas sugieren que usted cree firmemente en la necesidad de dormir ocho horas cada noche.

CLIENTE: Bueno, siempre pensé que necesitamos ocho horas de sueño para mantenernos sanos.

TERAPEUTA: ¿Toda la gente tiene la misma estatura?

CLIENTE: ¡Por supuesto que no!

TERAPEUTA: ¿Cuál es la estatura normal de un adulto?

CLIENTE: Bueno, no hay una norma que se aplique a todos. Varía…

TERAPEUTA: Pasa algo similar con el sueño. Existen diferencias individuales en la cantidad de sueño que necesitamos para sentirnos descansados y funcionar bien durante el día. Aunque la mayoría de la gente reporta alrededor de siete u ocho horas de sueño, algunas pueden arreglárselas con menos y aún así sentirse descansadas por la mañana. Es posible que seis horas y media de sueño ininterrumpido sean más satisfactorias y refrescantes que ocho horas de sueño interrumpido. De modo que será importante experimentar con diversas duraciones del sueño para determinar cuál es la duración óptima para usted. ¿Qué cree que suceda si asume que necesita ocho horas de sueño cuando en realidad sólo requiere siete?

CLIENTE: Supongo que estaré despierto por una hora… ¡y que pasaré esa hora preocupado porque no puedo dormir!

TERAPEUTA: Exactamente. Buscar metas que no son realistas es contraproducente y de hecho puede hacerlo sentir ansioso y, en consecuencia, perpetuar las dificultades de sueño subyacentes. También advertí que se preocupa mucho cuando no se siente del todo descansado por la mañana.

CLIENTE: Bueno, me preocupa porque asumo que si no estoy bien descansado por la

mañana eso significa que no dormí bien la noche anterior.

TERAPEUTA: Esa puede ser una suposición válida. Sin embargo, ni siquiera las personas que mejor duermen se levantan siempre por la mañana sintiéndose bien descansadas y llenas de energía.

CLIENTE: ¿Me está diciendo que cuando me despierto cansado por la mañana no necesariamente es un indicador de que dormí mal?

TERAPEUTA: Lo que estoy sugiriendo es que es necesario que sea cuidadoso con sus expectativas e interpretaciones. Ni siquiera con un sueño de buena calidad puede esperar sentirse siempre fresco y lleno de energía durante el día. Existen variaciones día a día en la forma en que nos sentimos y la energía de que disponemos.

CLIENTE: Supongo que he podido comprobarlo por mí mismo.

TERAPEUTA: Entonces, ¿qué pensamientos alternativos debería tener la próxima vez que se sorprenda estableciendo estándares que pueden no ser realistas?

CLIENTE: Que ocho horas de sueño no es necesariamente un "estándar de oro" que se aplique a cualquiera, y que incluso si algunos días no me siento completamente descansado, es posible que tenga que aceptarlo y no saltar a la conclusión de que dormí mal la noche anterior y que no podré funcionar durante el día.

TERAPEUTA: ¡Muy bien! Eso debería disminuir también su ansiedad por el sueño.

Como ilustra la viñeta anterior, muchos clientes tienen expectativas poco realistas sobre sus requerimientos de sueño y su nivel de energía durante el día. Una meta importante es ayudarlos a darse cuenta de que la disminución del sueño y de la energía diurna no siempre son patológicos, y que ni siquiera los buenos durmientes obtienen siempre ocho horas de sueño o se sienten completamente descansados cada mañana. Un interrogatorio socrático gentil puede ayudar a los clientes a beneficiarse de la revaloración de sus expectativas concernientes a los requisitos de sueño y la energía diurna.

También pueden diseñarse encuestas para evaluar creencias poco realistas sobre el sueño. Antes de la sesión, el terapeuta debe tener una idea de las creencias poco realistas que serán su blanco (p. ej., "Los buenos durmientes tienen ocho horas de sueño", "Sólo la gente con insomnio se siente cansada durante el día", o "No soy normal porque me despierto cuatro veces por la noche"). La Escala de Creencias y Actitudes Disfuncionales (Morin y Espie, 2003) es un excelente instrumento para evaluar y documentar el cambio en las creencias sobre el sueño que son de poca ayuda. El terapeuta puede introducir la encuesta diciendo:

"Uno de los componentes de este tratamiento que ha demostrado ser muy efectivo es que colaboremos en la elaboración y aplicación de una encuesta. La encuesta puede ofrecernos varias cosas como consejo de los buenos durmientes de por qué duermen tan bien, un recordatorio de qué tan bien duermen en realidad, y datos sobre nuestras creencias relacionadas con el sueño. Casi todos desarrollamos nuestras ideas sobre el sueño a partir de artículos de revistas, de alguno de nuestros padres, o de nuestra

propia experiencia. ¿Qué o quién ha influido más en sus ideas sobre el sueño? [Permita que el cliente responda]. Para que nuestra actividad empiece a ser dirigida por los datos, vamos a construir juntos una encuesta y a aplicarla a gente de su grupo de edad. Ese es siempre un ejercicio interesante y una oportunidad de aprender de otros sobre la forma en que manejan su sueño. Nos concentramos en personas de su edad aproximada porque el sueño cambia mucho durante el ciclo de vida. Estas son algunas preguntas que en el pasado hemos encontrado que son útiles".

En este punto, el terapeuta hace preguntas que corresponden específicamente a las creencias del cliente sobre el sueño que son de poca ayuda. La encuesta puede incluir preguntas como las siguientes:

- "¿Es usted un buen durmiente o una persona con insomnio?" Esta pregunta puede ser particularmente útil para ilustrar que los individuos que se consideran "buenos durmientes" a menudo se sienten cansados por la mañana, se despiertan por la noche y se sienten somnolientos durante la tarde.
- "¿Cuántas horas duerme por la noche?"
- "¿Cuánto tiempo tarda en conciliar el sueño por la noche?"
- "¿Cuántas veces se despierta por la noche?"
- "En una escala de 1 a 10 puntos ¿Qué tan alerta se siente al despertar? ¿Qué le ha resultado útil para aumentar su nivel de alerta?"
- "¿Con qué frecuencia duerme siesta? ¿Afecta eso su sueño subsecuente?"
- "¿Tiene alguna rutina para ir a la cama? ¿Alguna rutina por la mañana?"
- "¿Se siente cansado durante el día? ¿Cuándo? ¿Qué hace para aumentar su energía cuando se siente cansado?" Esta pregunta permite conocer muchas estrategias sugeridas por otros, de las cuales sólo una pequeña proporción involucran descansar o dormir. Las alternativas comunes incluyen cambiar de ambiente, tomar aire fresco, dar un paseo, beber agua fría o comer un bocadillo. Los clientes a menudo se dan cuenta de que la energía puede ser aumentada por cosas distintas a descansar y dormir, y que el aburrimiento es un desencadenante importante de la sensación de cansancio.

Asegúrese de incluir también preguntas elegidas por el cliente, de modo que la encuesta sea verdaderamente colaborativa y genere entusiasmo e interés. Los clientes suelen tener curiosidad acerca de sueños, pesadillas y patrones de sueño, lo que puede agregarse a las preguntas de la encuesta. Además, las preguntas sobre el estado de ánimo ("¿Con qué frecuencia se siente triste?" o "¿Ha notado alguna relación entre su estado de ánimo durante el día y su sueño nocturno?") pueden proporcionar evidencia normalizadora de la interrelación que existe entre sueño y estado de ánimo, incluso en los buenos durmientes.

Conductas de seguridad

Las creencias de poca ayuda se relacionan estrechamente con las llamadas "conductas de seguridad", que son acciones emprendidas para evitar resultados temidos y que son

inadaptadas en dos sentidos: (1) impiden la refutación de las creencias de poca ayuda, y (2) aumentan la probabilidad de que ocurran los resultados temidos. Los individuos insomnes suelen recurrir a las conductas de seguridad en un intento de enfrentar la ansiedad relacionada con las creencias de poca ayuda sobre el sueño (Salkovskis, 1991). En la sección anterior se describió el caso de una mujer que mantenía la creencia poco útil de que sólo el sueño profundo e ininterrumpido le permitiría trabajar sin problemas al siguiente día. Para impedir los despertares nocturnos, la mujer habría desarrollado una rutina de conductas de seguridad que incluían no salir jamás por la noche, usar tapones para los oídos y una máquina de sonidos para dormir. Aunque en general es comprensible que se involucrara en esas conductas, es evidente que eso impedía que se percatara que podía obtener un sueño adecuado incluso si se rompía la rutina. Paradójicamente, esas conductas aumentaban la probabilidad de que ocurriera el resultado temido. No salir por la noche aumentaba la posibilidad de que se preocupara por su sueño y contribuía a la rumiación, preocupación y estado de ánimo triste. Los tapones para los oídos pueden ser de ayuda en ciertas circunstancias, pero también pueden contribuir a problemas de sueño si son incómodos o si obligan a la persona a esforzarse para escuchar cosas en el ambiente. Una máquina de sonidos puede facilitar los despertares durante la noche.

Se dispone de una herramienta de evaluación útil para trabajar con las conductas de seguridad (Ree y Harvey, 2004b). Se diseñan experimentos conductuales en que se adopta selectivamente y luego se suspende la conducta de seguridad, lo que ofrece una demostración sorprendente de su impacto adverso. Por ejemplo, si un cliente evita salir por las noches por el impacto que teme que eso tenga en su sueño, profesional y cliente diseñan un experimento conductual en que dos noches de la semana se pasan en casa (la condición "control") y otras dos noches las pasa fuera de casa (socializando con otros, yendo al cine, entre otras actividades; la condición "experimental"). El terapeuta indica al cliente que en el diario califique no sólo las variables estándar de sueño (latencia para el inicio del sueño, tiempo total de sueño, entre otros), sino que agregue una escala sencilla para medir cada noche la satisfacción o el estado de ánimo. Con frecuencia es útil señalar la mejoría en el estado de ánimo y la satisfacción que experimentó el cliente al salir de casa, y enfatizar que los cambios en el sueño que resultaron de la salida fueron mínimos (o no consistentes).

Energía durante el día

Los individuos con alteraciones del sueño suelen monitorearse para advertir señales de fatiga al despertarse o durante el día. La normalización de las sensaciones de atontamiento al despertar (la llamada "inercia del sueño") y el uso de experimentos conductuales y estrategias de atención para el monitoreo durante el día pueden disminuir la ansiedad y la preocupación por el sueño. Los clientes suelen creer que la única forma de sentirse menos cansados durante el día es dormir más, por lo que se diseña un experimento conductual que les permita **experimentar** los efectos generadores de energía de la actividad (Ree y Harvey, 2004a). Esto es también una oportunidad para desarrollar

una lista de actividades que generen y debiliten la energía que puedan usarse para manejar el cansancio diurno y los episodios inevitables de privación ocasional de sueño.

Muchos clientes creen que la energía se pierde progresivamente durante el día, y que la única forma de generarla es dormir o descansar. En consecuencia, muchos se esfuerzan por conservar la energía después de una mala noche de sueño. Como tal, un experimento conductual se enfoca en las siguientes cogniciones: "La energía aumenta sólo con descanso o sueño" y "No tengo mucha energía, por lo que necesito tener cuidado para conservarla". Esperamos usar el experimento para ilustrar que factores distintos al sueño influyen en los niveles de energía.

Para diseñar este experimento conductual, cliente y terapeuta empiezan a usar el diario de sueño como base para analizar el sueño y energía durante el día. Advierten ejemplos en que el sueño durante la noche fue bueno pero los niveles de energía durante el día fueron malos, o en que el sueño nocturno fue malo pero los niveles de energía durante el día fueron buenos. El terapeuta puede decir algo como: "Es muy interesante. Entonces, si el sueño no explica por completo cómo se siente durante el día, debe haber otras cosas que lo expliquen", y diseñar un experimento como el siguiente para probar la energía durante dos días: el primer día, dedicar un bloque de tres horas a la **conservación** de energía, y luego otro bloque de tres horas al **uso** de la energía. Después de cada bloque de tres horas, el cliente califica su energía y estado de ánimo. El siguiente día el cliente hace lo mismo, pero en el orden inverso. Tenga cuidado de definir lo que significa para su cliente conservar la energía. Los ejemplos pueden incluir evitar la socialización con colegas, realizar las tareas a un ritmo lento, realizar sólo tareas rutinarias, no salir a almorzar con amigos del trabajo y no regresar llamadas telefónicas. Además, durante la sesión dedique tiempo a hacer lluvias de ideas para encontrar estrategias de uso de energía, como dar un paseo de 10 minutos, regresar todas las llamadas telefónicas, acordar con un colega una reunión para tomar café, ponerse al día con el papeleo, ir por una bebida al despachador de agua fría o caminar a un negocio local a comprar una revista o un bocadillo. Pida al cliente que califique su estado de ánimo y fatiga en un formato que hayan desarrollado de manera colaborativa durante la sesión. Por lo regular el cliente encuentra que su estado de ánimo y su energía **mejoraron** con el "uso" de esta última y eso se convierte en sinónimo de generación de energía. El terapeuta puede comentar que sus niveles son como el elástico y que pueden estirarse con mucha facilidad.

RESUMEN DEL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

La última sesión del tratamiento se orienta a la consolidación de habilidades y la preparación para los contratiempos. Se diseña la prevención de recaídas para construir habilidades que minimicen o impidan la reaparición de la alteración del sueño en el largo plazo. Al final del tratamiento, el terapeuta orienta al participante para que identifique en el futuro situaciones potenciales de alto riesgo para el insomnio y revisa las habilidades para prevenir o afrontar esas situaciones. Cliente y terapeuta analizan juntos los obstáculos potenciales al mantenimiento de los logros y resuelven juntos problemas relacionados con áreas de alteraciones futuras del sueño. Un resumen individualizado del aprendizaje y los logros guía el trabajo de prevención de recaídas. Para abordar las áreas que necesitan de mayor intervención se establecen metas específicas y se elaboran planes para lograr cada meta.

En la última sesión, terapeuta y cliente distinguen entre una falla (una noche ocasional de insomnio), que es normal incluso para los buenos durmientes, y una recaída (el regreso al insomnio frecuente y crónico). Hable con el cliente sobre la inevitabilidad de tener de manera ocasional una mala noche de sueño y adviértale que no es conveniente interpretarlo como evidencia de que regresó el insomnio crónico. Para mantener los logros puede ser crucial identificar las situaciones que han sido problemáticas en el pasado y revisar una "nueva" respuesta a los contratiempos temporales.

El terapeuta puede orientar al cliente para que imagine un escenario típico en que el insomnio esté presente durante dos o tres noches, y que luego explore estrategias que podría usar para manejar esta situación en el futuro. Ésta es una buena oportunidad para volver a verificar si el cliente integró las habilidades necesarias para afrontar las noches de insomnio. Analice con el cliente cómo puede evitar retroceder a los viejos patrones de mal sueño.

Es necesario exhortar a los clientes para que revisen los materiales del tratamiento y hagan su propia evaluación del problema e identifiquen el mejor curso de acción. Los terapeutas también deben animar a sus pacientes para que sigan usando las herramientas que adquirieron después de terminar el tratamiento. Para ello trabajan con los clientes en la revisión de las herramientas y en la forma en que pueden usarlas para impedir el resurgimiento del insomnio. Por ejemplo, el terapeuta puede proporcionar al cliente múltiples copias del registro ampliado de pensamiento o de los materiales que encontró particularmente útiles durante las sesiones.

PROBLEMAS COMUNES EN EL TRATAMIENTO

Existen por lo menos tres problemas comunes que pueden encontrar los profesionales al administrar la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del insomnio: dificultad para regularizar los horarios de sueño y vigilia, oposición a la restricción del sueño y creencias sobre la causa del insomnio que puedan dificultar el cumplimiento del tratamiento. A continuación se muestra una breve revisión de las soluciones a cada problema.

Los clientes suelen mostrarse reacios a acostarse y despertarse a la misma hora cada día, incluyendo los fines de semana. Esto puede ser particularmente problemático para los adolescentes o los adultos jóvenes debido a sus actividades sociales y, o a la programación de actividades placenteras las noches del fin de semana. Como se describió, la revisión honesta de las ventajas y desventajas de regularizar el horario de sueño que se hace en la entrevista motivacional puede ser una manera de aclarar la ambivalencia y preparar a los clientes para el cambio. Para los terapeutas también puede ser útil dirigir a los clientes en alguna forma general de programar la actividad conductual (p. ej., animarlos a programar un almuerzo, caminata o visita social las mañanas en lugar de hacerlo por las noches del fin de semana para aumentar la motivación). Por último, los familiares y amigos pueden ser fundamentales para fomentar el cambio. Para un cliente resultó muy útil que uno de sus padres llegara cada mañana a encender las luces de su cuarto, incluyendo los fines de semana; otra aceptó que una amiga la llamara cada mañana a la misma hora y dejar su teléfono cerca de la cama de modo que supiera que lo iba a responder.

Además de regularizar los horarios de sueño, los clientes suelen mostrar resistencia a implementar la restricción de sueño. Es conveniente permitirles expresar sus preocupaciones respecto con este componente del tratamiento (p. ej., el miedo a dormir menos), y seguir con educación básica y solución de problemas que aborden las áreas específicas mencionadas. A menudo es útil caracterizar la leve privación de sueño generada por la restricción de sueño como una "herramienta" que permitirá que se acumule la presión para dormir y que el sistema vuelva al buen camino, o como un efecto secundario a corto plazo en el camino a la obtención de logros duraderos de largo plazo. Anime a los clientes a experimentar con su sueño.

Por último, los clientes pueden tener diversas creencias sobre la causa de su insomnio que dan forma al tratamiento, a sus expectativas y adhesión. Algunos clientes consideran que su insomnio es puramente biológico; otros reconocen componentes psicológicos y otros más lo atribuyen a causas ambientales (p. ej., el nacimiento de un hijo o el sufrimiento de un trauma). Cada uno de ellos puede influir en la motivación para llevar a la práctica los componentes de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio. El terapeuta puede reconocer las creencias del cliente sobre su insomnio mientras explica el modelo de Spielman (vea la sección anterior sobre "Modelos del insomnio"), destacando el hecho de que, sin importar los factores de predisposición o precipitación que iniciaran el insomnio, en la actualidad éste es mantenido por factores perpetuantes (pasar mucho

tiempo en cama, preocuparse, dormir siestas). Esos factores perpetuantes serán el foco de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio.

CONCLUSIÓN Y DIRECCIONES FUTURAS

La terapia cognitivo-conductual surge como una opción efectiva de tratamiento del insomnio; se administra como un tratamiento breve, estructurado y ambulatorio que se enfoca en procesos conductuales, cognitivos y atencionales que mantienen el insomnio. Aunque el tratamiento es estructurado, es necesario subrayar la idea de que puede adaptarse de manera **flexible** de acuerdo con las concepciones individualizadas de los clientes. Los clínicos pueden usar los datos de evaluación, los diarios de sueño y su intuición para formular un plan que enfatice y aborde áreas particulares de preocupación (p. ej., horarios de sueño erráticos, preocupación y rumiación, o uso de conductas de seguridad). Finalmente, la terapia cognitivo-conductual para el insomnio puede adaptarse para clientes con condiciones comórbidas e incluso puede usarse como plataforma para abordar otros problemas del sueño como el trastorno de hipersomnolencia. En esta sesión final, se consideran variables de cliente y terapeuta que predicen el éxito o fracaso del tratamiento, dificultades específicas al tratamiento del insomnio en los trastornos del estado de ánimo y el uso de los principios de la terapia cognitivo-conductual para tratar la hipersomnolencia.

Predictores del resultado clínico

Existe poca investigación sobre los factores que predicen el éxito o fracaso de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio, aunque representa un área interesante para la investigación futura. La evidencia sugiere que los factores del cliente que predicen el abandono del tratamiento incluyen una duración corta del sueño y niveles elevados de sintomatología depresiva durante línea base (Ong, Kuo y Manber, 2008), aunque en los que completan el tratamiento, niveles más severos de insomnio y daño funcional en línea base predicen mejoría clínica (Van Houdenhove, Buyse, Gabriëls y Van den Bergh, 2011). La mejoría clínica también es anticipada por cambios en las creencias de poca ayuda sobre el sueño (Edinger, Wohlgemuth, Radtke, Marsh y Quillian, 2001; Morin, Blais y Savard, 2002). Las cualidades del terapeuta que parecen predecir el éxito de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio en el formato grupal incluyen las percepciones del cliente sobre la afiliación y calidez del terapeuta, mientras que los terapeutas que se perciben como beligerantes tienen más abandono de clientes (Constantino *et al.,* 2007). En la experiencia clínica, se ha encontrado que fomentar la curiosidad y experimentación y brindar una explicación clara de la importancia de completar las tareas hace una gran diferencia en la motivación del cliente y en el resultado del tratamiento.

Tratamiento del insomnio en los trastornos del estado de ánimo

La alteración del sueño suele presentarse de manera comórbida con otros trastornos del estado de ánimo (Armitage, 2007), y la terapia cognitivo-conductual para el insomnio puede ser una intervención de gran utilidad para estabilizar el sueño y los ritmos

circadianos. Por ejemplo, noche a noche los individuos con trastorno bipolar muestran variabilidad en el tiempo total de sueño (Gruber *et al.,* 2009), una menor eficiencia del mismo y mayor vigilia nocturna (Eidelman, Talbot, Gruber, Hairston y Harvey, 2010; Harvey, Schmidt, Scarna, Semler y Goodwin, 2005), lo que puede responder particularmente bien a la restricción del sueño y el control por el estímulo. Estudios preliminares sugieren que la terapia cognitivo-conductual para el insomnio mejora la depresión unipolar cuando se administra en combinación con antidepresivos (Manber *et al.,* 2008) o como tratamiento independiente (Taylor, Lichstein, Weinstock, Sanford y Temple, 2007).

A continuación algunas recomendaciones para los profesionales que desean abordar los problemas del sueño en el contexto de la depresión o el trastorno bipolar. Primero, al inicio de cada sesión monitoree de manera rutinaria los síntomas de depresión, ansiedad y, o manía, según corresponda. Antes de iniciar la terapia, negocie con el cliente un plan de seguridad en caso de que su estado de ánimo se torne inestable durante el tratamiento. Si surgen síntomas de depresión o manía, evalúe cambios en el tiempo total de sueño que pueden estar contribuyendo al descenso y de ser necesario considere la modificación o suspensión temporal de la restricción de sueño o el control por el estímulo. Finalmente, se alienta a los profesionales a monitorear de manera regular la somnolencia con un instrumento como la Escala de Somnolencia de Epworth (Johns, 1991). En los casos en que los niveles de Epworth alcancen la significancia clínica (una puntuación de 10), aconseje a los clientes que dejen de conducir o de involucrarse en otras conductas potencialmente inseguras durante los periodos de somnolencia.

Adaptación de la terapia cognitivo-conductual para tratar la hipersomnolencia

Igual que en el tratamiento del insomnio, el tratamiento de la hipersomnolencia empieza con un análisis funcional y la formulación del caso. Los clínicos exploran la frecuencia, intensidad y duración de la hipersomnolencia, así como los antecedentes, las conductas y las consecuencias. Los clientes llevan un diario de sueño, y complementan las preguntas estándar del diario con sondeos adicionales sobre los niveles de energía, actividad y otros datos psicológicos y contextuales dignos de mención. La primera sesión también involucra el uso de la entrevista motivacional, incluyendo una revisión directa de las ventajas y desventajas de trabajar hacia el manejo de la hipersomnolencia (Miller y Rollnick, 2002). Terapeuta y cliente establecen luego las metas del tratamiento. La primera y más evidente que se establece corresponde al sueño (por lo general, reducirlo aproximadamente a ocho horas por noche), aunque es igualmente importante establecer metas para la vida. Esto último se basa en la experiencia clínica de que "no tener nada para qué levantarse" contribuye de manera clave a la hipersomnolencia en clientes con trastornos del estado de ánimo. A menudo la combinación del trastorno del estado de ánimo y el trastorno de sueño llevaron al desempleo y a ruptura de las redes sociales. Sin trabajo para el cual despertarse y amigos o familiares que ver, la motivación de algunos individuos para disminuir el sueño parece dudosa. Después de establecer las metas de "sueño" y de "vida" del tratamiento, se pide al cliente que identifique un pequeño paso

hacia esas metas para la semana siguiente. Es necesario involucrarse en la solución de problemas para limitar el impacto de esos obstáculos a la obtención de la meta, y se desarrolla un método para supervisar la medida en que ésta se alcanzó (p. ej., programación de la actividad).

La información sobre diversos temas relacionados con el sueño resulta útil para los clientes con hipersomnolencia. Dos dominios han sido de particular importancia. El primero implica educación sobre la operación del sistema circadiano, las influencias estimulantes del ambiente que actúan sobre él (p. ej., la luz) y la tendencia, si se deja sin supervisión, a que avance a una fase demorada. El segundo involucra educación acerca de la inercia del sueño que se describió con anterioridad. Por último, se trabaja con los clientes para establecer un periodo de "desconexión", un "protocolo para despertarse" (p. ej., no presionar el botón de repetición del despertador; tender la cama, de modo que se reduzca el incentivo de volver a acostarse; tomar una ducha; dar un paseo a paso ligero; recibir luz solar), y a minimizar la fluctuación en el horario de sueño-vigilia todas las noches de la semana.

Finalmente, algunos de los experimentos conductuales y encuestas descritos en este capítulo parecen ser eficaces para tratar la fatiga y la disminución de la energía que se observa en la hipersomnolencia. Por ejemplo, los clientes se benefician al realizar un "experimento de energía" en que advierten que el gasto de energía puede ser una forma útil para generarla. Otras veces se estructura un experimento en que se pide a los clientes que califiquen su estado de ánimo y nivel de energía antes y después de participar en actividad social o salir de la casa, esto con el propósito de ilustrar las variables contextuales que pueden mejorar el estado de ánimo y la somnolencia. Elaborar una encuesta que enfatice la obtención de datos sobre lo que hacen otros para generar energía, salir de la cama o llenar su tiempo cuando están aburridos puede ofrecer estrategias útiles. Finalmente, la educación y los experimentos que monitorean la fatiga contra los estímulos externos pueden ayudar a romper los sesgos de atención en la hipersomnolencia. Se concluye con una sesión dedicada a la prevención de recaídas en que se revisa el progreso, se consolidan los logros y se analizan los posibles contratiempos. De este modo, muchos de los principios de tratamiento que son útiles para el insomnio también pueden usarse para tratar la hipersomnolencia.

REFERENCIAS

Achermann, P., & Borbely, A. A. (2010). Sleep homeostasis and models of sleep regulation. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (5th ed., pp. 431–444). Philadelphia: Elsevier.

Akerstedt, T., Billiard, M., Bonnet, M., Ficca, G., Garma, L., Mariotti, M., et al. (2002). Awakening from sleep. *Sleep Medicine Reviews, 6*, 267–286.

American Academy of Sleep Medicine. (2005). *International classification of sleep disorders (ICSD): Diagnostic and coding manual* (2nd ed.). Westchester, IL: Author.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Ancoli-Israel, S. (2009). Sleep and its disorders in aging populations. *Sleep Medicine, 10* (Suppl. 1), S7–S11.

Armitage, R. (2007). Sleep and circadian rhythms in mood disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 433*(Suppl.), 104–115.

Banks, S., & Dinges, D. F. (2010). Chronic sleep deprivation. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (5th ed., pp. 67–75). Philadelphia: Elsevier/Saunders.

Bastien, C. H., Vallieres, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine, 2*, 297–307.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.

Belleville, G., Guay, C., Guay, B., & Morin, C. M. (2007). Hypnotic taper with or without self-help treatment of insomnia: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 75*, 325–335.

Besset, A., Villemin, E., Tafti, M., & Billiard, M. (1998). Homeostatic process and sleep spindles in patients with sleep-maintenance insomnia: Effect of partial (21 h) sleep deprivation. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology, 107*(2), 122–132.

Billiard, M., Dolenc, L., Aldaz, C., Ondze, B., & Besset, A. (1994). Hypersomnia associated with mood disorders: A new perspective. *Journal of Psychosomatic Research, 38* (Suppl. 1), 41–47.

Bixler, E. O., Kales, A., Leo, L. A., & Slye, T. A. (1973). A comparison of subjective estimates and objective sleep laboratory findings in insomnia patients. *Sleep Research, 2*, 143.

Bootzin, R. R. (1972). Stimulus control treatment for insomnia. *Proceedings of the American Psychological Association, 7*, 395–396.

Bootzin, R. R., Epstein, D., & Wood, J. M. (1991). Stimulus control instructions. In P. J. Hauri (Ed.), *Case studies in insomnia* (pp. 19–28). New York: Plenum Press.

Borbely, A. A. (1982). A two process model of sleep regulation. *Human Neurobiology, 1*, 195–204.

Borkovec, T. D. (1982). Insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 880–895.

Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., & Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological Psychiatry, 39* (6), 411–418.

Buysse, D., Ancoli-Israel, S., Edinger, J. D., Lichstein, K. L., & Morin, C. M. (2006). Recommendations for a standard research assessment of insomnia. *Sleep, 29*, 1155–1173.

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research, 28*, 193–213.

Carney, C. E., Buysse, D. J., Ancoli-Israel, S., Edinger, J. D., Krystal, A. D., Lichstein, K. L., et al. (2012). The consensus sleep diary: Standardizing prospective sleep selfmonitoring. *Sleep, 35*(2), 287–302.

Carskadon, M. A., Dement, W. C., Mitler, M. M., Guilleminault, C., Zarcone, V. P., & Spiegel, R. (1976). Selfreports versus sleep laboratory findings in 122 drug-free subjects with complaints of chronic insomnia. *American Journal of Psychiatry, 133*(12), 1382–1388.

Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported theories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 7–18.

Chesson, A. L., Jr., Anderson, W. M., Littner, M., Davila, D., Hartse, K., Johnson, S., et al. (1999). Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia (An American Academy of Sleep

Medicine report, Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine). *Sleep, 22*, 1128–1133.

Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., et al. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 568–578.

Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 583–589.

Clarke, G., & Harvey, A. G. (2012). The complex role of sleep in adolescent depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 21*(2), 385–400.

Constantino, M. J., Manber, R., Ong, J., Kuo, T. F., Huang, J., & Arnow, B. A. (2007). Patient expectations and therapeutic alliance as predictors of outcome in group cognitivebehavioral therapy for insomnia. *Behavioral Sleep Medicine, 5*(3), 210–228.

Crick, F., & Mitchison, G. (1983). The function of dream sleep. *Nature, 304*, 111–114.

Crowley, S. J., & Carskadon, M. A. (2010). Modifications to weekend recovery sleep delay circadian phase in older adolescents. *Chronobiology International, 27*, 1469–1492. Edinger, J. D., Bonnet, M. H., Bootzin, R. R., Doghramji, K., Dorsey, C. M., Espie, C. A., et al. (2004). Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: Report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep, 27*, 1567–1596.

Edinger, J. D., Wohlgemuth, W. K., Radtke, R. A., Marsh, G. R., & Quillian, R. E. (2001). Does cognitive-behavioral insomnia therapy alter dysfunctional beliefs about sleep? *Sleep, 24*, 591–599.

Edinger, J. D., Wyatt, J. K., Olsen, M. K., Stechuchak, K. M., Carney, C. E., Chiang, A., et al. (2009). Reliability and validity of the Duke Structured Interview for Sleep Disorders for insomnia screening. *Sleep, 32*, A265.

Eidelman, P., Talbot, L. S., Gruber, J., Hairston, I., & Harvey, A. G. (2010). Sleep architecture as correlate and predictor of symptoms and impairment in inter-episode bipolar disorder: Taking on the challenge of medication effects. *Journal of Sleep Research, 19* (4), 516–524.

Espie, C. A. (2002). Insomnia: Conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults. *Annual Review of Psychology, 53*, 215–243.

Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *Journal of the American Medical Association, 262*, 1479–1484.

Gruber, J., Harvey, A. G., Wang, P. W., Brooks, J. O., III, Thase, M. E., Sachs, G. S., et al. (2009). Sleep functioning in relation to mood, function, and quality of life at entry to the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Journal of Affective Disorders, 114*(1–3), 41–49.

Harvey, A. G. (2001). Insomnia: Symptom or diagnosis? *Clinical Psychology Review, 21*, 1037–1059.

Harvey, A. G. (2002a). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 869–894.

Harvey, A. G. (2002b). Trouble in bed: The role of pre-sleep worry and intrusions in the maintenance of insomnia [Special issue]. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 16*, 161–177.

Harvey, A. G. (2003a). The attempted suppression of presleep cognitive activity in insomnia. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 593–602.

Harvey, A. G. (2003b). Beliefs about the utility of presleep worry: An investigation of individuals with insomnia and good sleepers. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 403–414.

Harvey, A. G. (2005). A cognitive theory of and therapy for chronic insomnia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 19*, 41–60.

Harvey, A. G. (2008). Sleep and circadian rhythms in bipolar disorder: Seeking synchrony, harmony, and regulation. *American Journal of Psychiatry, 165*, 820–829.

Harvey, A. G. (2009). The adverse consequences of sleep disturbance in pediatric bipolar disorder: Implications for intervention. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America, 18* (2), 321–338.

Harvey, A. G., & Eidelman, P. (2012). Intervention to reduce unhelpful beliefs about sleep. In M. Perlis, M. Aloia, & B. Kuhn (Eds.), *Behavioral sleep medicine treatment protocols* (pp. 79–90). New York: Academic Press.

Harvey, A. G., Schmidt, D. A., Scarna, A., Semler, C. N., & Goodwin, G. M. (2005). Sleep-related functioning in euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia, and subjects without sleep problems. *American Journal of Psychiatry, 162*, 50–57.

Harvey, A. G., Sharpley, A. L., Ree, M. J., Stinson, K., & Clark, D. M. (2007). An open trial of cognitive therapy

for chronic insomnia. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2491–2501.
Harvey, A. G., & Talbot, L. (2012a). Behavioral experiments. In M. Perlis, M. Aloia, & B. Kuhn (Eds.), *Behavioral sleep medicine treatment protocols* (pp. 71–78). New York: Academic Press.
Harvey, A. G., & Talbot, L. S. (2012b). Intervention to reduce misperception. In M. Perlis, M. Aloia, & B. Kuhn (Eds.), *Behavioral sleep medicine treatment protocols* (pp. 91–96). New York: Academic Press.
Harvey, A. G., & Tang, N. K. (2012). (Mis)perception of sleep in insomnia: A puzzle and a resolution. *Psychological Bulletin, 138* (1), 77–101.
Harvey, A. G., Tang, N. K. Y., & Browning, L. (2005). Cognitive approaches to insomnia. *Clinical Psychology Review, 25*, 593–611.
Hoddes, E., Zarcone, V., Smythe, H., Phillips, R., & Dement, W. C. (1973). Quantification of sleepiness: A new approach. *Psychophysiology, 10*, 431–436.
Hohagen, F., Rink, K., Kappler, C., Schramm, E., Riemann, D., Weyerer, S., et al. (1993). Prevalence and treatment of insomnia in general practice: A longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 242*, 329–336.
Irwin, M. R., Cole, J. C., & Nicassio, P. M. (2006). Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychology, 25*, 3–14.
Jacobson, N., Martell, C., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 255–270.
Jansson, M., & Linton, S. J. (2007). Psychological mechanisms in the maintenance of insomnia: Arousal, distress, and sleep-related beliefs. *Behaviour Research and Therapy, 45*(3), 511–521.
Jean-Louis, G., von Gizycki, H., Zizi, F., Spielman, A., Hauri, P., & Taub, H. (1997). The actigraph data analysis software: II. A novel approach to scoring and interpreting sleep-wake activity. *Perceptual and Motor Skills, 85*, 219–226.
Jenni, O. G., Achermann, P., & Carskadon, M. A. (2005). Homeostatic sleep regulation in adolescents. *Sleep, 28*, 1446–1454.
Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness scale. *Sleep, 14*, 540– 545.
Karni, A., Tanne, D., Rubenstien, B. S., Askenasy, J. J. M., & Sagi, D. (1994). Dependence on REM sleep of overnight improvement of a perceptual skill. *Science, 265*, 679–682. Klerman, E. B., & Dijk, D. J. (2008). Age-related reduction in the maximal capacity for sleep—implications for insomnia. *Current Biology, 18* (15), 1118–1123.
Kryger, M. H., Roth, T., & Dement, W. C. (2010). *Principles and practice of sleep medicine* (5th ed.). Philadelphia: Saunders.
Lack, L. C., & Bootzin, R. R. (2003). Circadian rhythm factors in insomnia and their treatment. In M. Perlis & K. Lichstein (Eds.), *Treatment of sleep disorders: Principles and practice of behavioral sleep medicine* (pp. 305–343). New York: Wiley.
Lichstein, K. (2000). Secondary insomnia. In K. Lichstein & C. Morin (Eds.), *Treatment of late-life insomnia* (pp. 297– 319). Thousand Oaks, CA: Sage.
Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Taylor, D. J., Bush, A. J., & Riedel, B. W. (2003). Quantitative criteria for insomnia. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 427–445.
Lichstein, K. L., Peterson, B. A., Riedel, B. W., Means, M. K., Epperson, M. T., & Aguillard, R. N. (1999). Relaxation to assist sleep medication withdrawal. *Behavior Modification, 23*(3), 379–402.
Lichstein, K. L., & Rosenthal, T. L. (1980). Insomniacs' perceptions of cognitive versus somatic determinants of sleep disturbance. *Journal of Abnormal Psychology, 89*, 105–107.
Lichstein, K. L., Stone, K. C., Donaldson, J., Nau, S. D., Soeffing, J. P., Murray, D., et al. (2006). Actigraphy validation with insomnia. *Sleep, 29*, 232–239.
Manber, R., Edinger, J. D., Gress, J. L., San Pedro-Salcedo, M. G., Kuo, T. F., & Kalista, T. (2008). Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep, 31*(4), 489–495.
Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Montgomery, P., & Dennis, J. (2003). Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*, CD003161.

Morgenthaler, T., Alessi, C., Friedman, L., Owens, J., Kapur, V., Boehlecke, B., et al. (2007). Practice parameters for the use of actigraphy in the assessment of sleep and sleep disorders: An update for 2007. *Sleep, 30* (4), 519–529.

Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press.

Morin, C. M., Blais, F., & Savard, J. (2002). Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behaviour Research and Therapy, 40*, 741–752.

Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J., D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: An update of recent evidence (1998–2004). *Sleep, 29*, 1396–1406.

Morin, C. M., Culbert, J. P., & Schwartz, S. M. (1994). Nonpharmacological interventions for insomnia: A metaanalysis of treatment efficacy. *American Journal of Psychiatry, 151*, 1172–1180.

Morin, C. M., & Espie, C. A. (2003). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Press.

Morin, C. M., Gaulier, B., Barry, T., & Kowatch, R. A. (1992).

Patients' acceptance of psychological and pharmacological therapies for insomnia. *Sleep, 15*, 302–305.

Morin, C. M., Hauri, P. J., Espie, C. A., Spielman, A. J., Buysse, D. J., & Bootzin, R. R. (1999). Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia: An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep, 22*, 1134–1156.

Morin, C. M., Koetter, U., Bastien, C., Ware, J. C., & Wooten, V. (2005). Valerian–hops combination and diphenhydramine for treating insomnia: A randomized placebocontrolled clinical trial. *Sleep, 28* (11), 1465–1471.

Morin, C. M., Vallieres, A., Guay, B., Ivers, H., Savard, J., Merette, C., et al. (2009). Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 301*(19), 2005–2015.

Murtagh, D. R., & Greenwood, K. M. (1995). Identifying effective psychological treatments for insomnia: A metaanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 79–89.

Neitzert Semler, C., & Harvey, A. G. (2004). Monitoring for sleep-related threat: A pilot study of the sleep associated monitoring index (SAMI). *Psychosomatic Medicine, 66*, 242–250.

National Institutes of Health. (2005). National Institutes of Health State of the Science Conference Statement: Manifestations and management of chronic insomnia in adults, *Sleep, 28*, 1049–1057.

Nofzinger, E. A., Thase, M. E., Reynolds, C. F., III, Himmelhoch, J. M., Mallinger, A., Houck, P., et al. (1991). Hypersomnia in bipolar depression: A comparison with narcolepsy using the multiple sleep latency test. *American Journal of Psychiatry, 148* (9), 1177–1181.

Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews, 6*, 97–111.

Ong, J. C., Kuo, T. F., & Manber, R. (2008). Who is at risk for dropout from group cognitive-behavioral theapy for insomnia? *Journal of Psychosomatic Research, 64*(4), 419–425.

Paquet, J., Kawinska, A., & Carrier, J. (2007). Wake detection capacity of actigraphy during sleep. *Sleep, 30* (10), 1362–1369.

Perlis, M., Aloia, M., & Kuhn, B. (Eds.). (2012). *Behavioral sleep medicine treatment protocols*. New York: Academic Press.

Perlis, M., & Lichstein, K. (Eds.). (2003). *Treating sleep disorders: Principles and practice of behavioral sleep medicine*. New York: Wiley.

Perlis, M. L., Smith, M. T., & Pigeon, W. R. (2005). Etiology and pathophysiology of insomnia. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (4th ed., pp. 714–725). Philadelphia: Elsevier/Saunders.

Ree, M., & Harvey, A. G. (2004a). Insomnia. In J. BennettLevy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackman, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 287–305). Oxford, UK: Oxford University Press.

Ree, M., & Harvey, A. G. (2004b). Investigating safety behaviours in insomnia: The development of the

SleepRelated Behaviours Questionnaire (SRBQ). *Behaviour Change, 21*, 26–36.
Ree, M. J., Harvey, A. G., Blake, R., Tang, N. K., & Shawe-Taylor, M. (2005). Attempts to control unwanted thoughts in the night: Development of the thought control questionnaire-insomnia revised (TCQI-R). *Behaviour Research and Therapy, 43*, 985–998.
Reite, M., Buysse, D., Reynolds, C., & Mendelson, W. (1995). The use of polysomnography in the evaluation of insomnia. *Sleep, 18*, 58–70.
Roth, T., Coulouvrat, C., Hajak, G., Lakoma, M. D., Sampson, N. A., Shahly, V., et al. (2011). Prevalence and perceived health associated with insomnia based on DSM-IV-TR; International Statistical Classification of Diseases and related health problems, Tenth Revision; and Research Diagnostic Criteria/International Classification of Sleep Disorders, Second Edition criteria: Results from the America Insomnia Survey. *Biological Psychiatry, 69*, 592–600.
Rybarczyk, B., Lopez, M., Schelble, K., & Stepanski, E. (2005). Home-based video CBT for comorbid geriatric insomnia: A pilot study using secondary data analyses. *Behavioral Sleep Medicine, 3*, 158–175.
Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy, 19*, 6–19.
Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O. E., Kvale, G., et al. (2006). Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 295*, 2851–2858.
Smith, L. J., Nowakowski, S., Soeffing, J. P., Orff, H. J., & Perlis, M. L. (2003). The measurement of sleep. In M. L. Perlis & K. L. Lichstein (Eds.), *Treating sleep disorders: Principles and practice of behavioral sleep medicine* (pp. 29–73). New York: Wiley.
Smith, M. T., Huang, M. I., & Manber, R. (2005). Cognitive behavior therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders. *Clinical Psychology Review, 25*, 559–592.
Spielman, A. J., Caruso, L. S., & Glovinsky, P. B. (1987). A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatric Clinics of North America, 10*, 541–553.
Spielman, A. J., Saskin, P., & Thorpy, M. J. (1987). Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep, 10*, 45–56.
Stepanski, E. J., Zorick, F., Roehrs, T., & Roth, T. (2000). Effects of sleep deprivation on daytime sleepiness in primary insomnia. *Sleep, 23*, 215–219.
Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Weinstock, J., Sanford, S., & Temple, J. R. (2007). A pilot study of cognitive-behavioral therapy of insomnia in people with mild depression. *Behavior Therapy, 38* (1), 49–57.
Vallieres, A., & Morin, C. M. (2003). Actigraphy in the assessment of insomnia. *Sleep, 26*, 902–906.
Van Houdenhove, L., Buyse, B., Gabriëls, L. & Van den Bergh, O. (2011). Treating primary insomnia: Clinical effectiveness and predictors of outcomes on sleep, daytime function and health-related quality of life. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 18* (3), 312–321.
Van Someren, E. J. (2000). Circadian rhythms and sleep in human aging. *Chronobiology International, 17*, 233–243. Walker, M. P., & Stickgold, R. (2006). Sleep, memory, and plasticity. *Annual Review of Psychology, 57*, 139–166. Watkins, E., & Baracaia, S. (2001). Why do people ruminate in dysphoric moods? *Personality and Individual Differences, 30*, 723–734.
Watts, F. N., Coyle, K., & East, M. P. (1994). The contribution of worry to insomnia. *British Journal of Clinical Psychology, 33*, 211–220.
Wicklow, A., & Espie, C. A. (2000). Intrusive thoughts and their relationship to actigraphic measurement of sleep: Towards a cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy, 38* (7), 679–693.
Wyatt, J. K., Stepanski, E. J., & Kirkby, J. (2006). Circadian phase in delayed sleep phase syndrome: Predictors and temporal stability across multiple assessments. *Sleep, 29*, 1075–1080.
Yoo, S. S., Gujar, N., Hu, P., Jolesz, F. A., & Walker, M. P. (2007). The human emotional brain without sleep—a prefrontal amygdala disconnect. *Current Biology, 17*, R877– R878.
Zee, P. C., & Turek, F. W. (2006). Sleep and health: Everywhere and in both directions. *Archives of Internal Medicine, 166*, 1686–1688.

La quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* presenta una definición y clara distinción entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, y reconoce por primera vez al trastorno por atracones como un diagnóstico específico. Pero muchas personas con graves trastornos alimentarios no se ajustan lo suficiente a esos criterios diagnósticos por lo que podrían quedar agrupadas en la categoría de "otros trastornos alimentarios o de la alimentación". También sucede que los individuos con trastornos alimentarios cambian de una categoría a otra con el paso del tiempo. Los autores de este capítulo, que a través de los años han participado en la creación de las categorías de trastornos alimentarios en el DSM, se encuentran entre los creadores del tratamiento más exitoso que se haya diseñado para tales casos. Por ello es significativo que Fairburn y colaboradores avanzaran a la creación de una teoría unificada y un protocolo de tratamiento "transdiagnóstico" aplicable a todos los trastornos alimentarios, incluyendo los que caen en la categoría de "otro trastorno no especificado". (Puede encontrar una aproximación similar a los trastornos emocionales en el capítulo 6 de Payne, Ellard, Farchione, Fairholme y Barlow en este volumen). En este capítulo, Fairburn y Cooper describen el estado del arte de este tratamiento. En lo que puede resultar una desviación sorprendente para algunos lectores, los autores advierten que el problema central que requiere intervención no es necesariamente el hecho de hacer dieta, los atracones, el bajo peso o las purgas, sino las actitudes y creencias anormales concernientes a la forma y el peso que son reforzadas por la cultura. La recomendación de aplicar varios componentes del tratamiento de una forma "modular" es evidencia del arte involucrado en la administración de este tratamiento. La explicación detallada de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual a los trastornos alimentarios será de extraordinaria utilidad para los clínicos que enfrentan esos difíciles problemas. -D. H. B.

Los trastornos alimentarios clínicos como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones son causa de considerable morbilidad física y psicosocial entre chicas adolescentes y mujeres jóvenes (son mucho menos comunes entre los hombres),

por lo general empiezan en la adolescencia y pueden tener un curso crónico. Su efecto es generalizado toda vez que interfieren con el funcionamiento psicológico, físico y social. Una vez que se arraigan, su tratamiento es difícil e imponen una carga importante en los sistemas de salud. En este capítulo se describe la psicopatología de los trastornos alimentarios y los mecanismos que causan su persistencia. Así como un tratamiento cognitivo-conductual transdiagnóstico diseñado para interrumpir esos mecanismos.

CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El esquema del DSM-5

El esquema del DSM-5 para la clasificación y diagnóstico de los trastornos alimentarios reconoce tres trastornos específicos: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracones. Existen además dos categorías residuales denominadas respectivamente "otro trastorno alimentario o de la alimentación especificado" y "trastorno alimentario o de la alimentación no especificado" (American Psychiatric Association, 2013).

En esencia, es necesaria la presencia de tres características para hacer un diagnóstico de anorexia nerviosa:

1. La sobrevaloración de forma y peso; es decir, juzgar el valor personal en gran medida, o incluso en forma exclusiva, en términos de forma y peso.
2. Eso se expresa a menudo como un fuerte deseo de ser delgada, que se combina con un intenso temor a aumentar de peso y engordar.
3. El mantenimiento activo de un peso corporal exageradamente bajo (p. ej., mantener un peso corporal menor a 85% de lo esperado o un índice de masa corporal ≤ 17.5[1]).

La amenorrea (en las mujeres pospuberales), que en la edición anterior del DSM era otro requisito para el diagnóstico de la anorexia nerviosa, se eliminó debido a su validez cuestionable; es decir, la mayoría de las pacientes que cumplen otros criterios diagnósticos también son amenorreicas, y quienes no lo hacen son muy parecidas a las que sí.

Para el diagnóstico de la bulimia nerviosa también es necesaria la presencia de tres características:

1. La sobrevaloración de forma y peso, como en la anorexia nerviosa.
2. Atracones recurrentes. Un **atracón** es un episodio de alimentación en el que se consume una cantidad objetivamente grande de comida y durante el cual se experimenta una sensación de pérdida del control.
3. Conducta extrema para controlar el peso, como restricciones estrictas en la dieta, inducción recurrente del vómito o abuso marcado de laxantes.

El diagnóstico de bulimia nerviosa incluye además un criterio de exclusión, a saber, que no se cumplan los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa. Esto asegura que no es posible que las pacientes reciban ambos diagnósticos a la vez.

El trastorno por atracones, que en el DSM-IV era un diagnóstico provisional, en el DSM-5 se reconoce como un trastorno completo. Está designado para denotar un problema alimentario que se caracteriza por atracones frecuentes en ausencia de la conducta extrema de control de peso que se observa en la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa.

En el caso de los dos trastornos alimentarios residuales no se especifican criterios

diagnósticos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, y la mayoría de los casos de otros trastornos alimentarios especificados, comparten una "psicopatología central" distintiva que es esencialmente la misma en mujeres y hombres, adultos y adolescentes: la sobrevaloración de forma y peso. Mientras la mayoría de las personas se evalúan con base en su desempeño percibido en diversos dominios de la vida (p. ej., la calidad de sus relaciones, su desempeño en el trabajo, sus proezas deportivas), las personas con trastornos alimentarios juzgan su valor personal en gran medida, o incluso exclusivamente, en términos de su forma y peso y de su capacidad para controlarlos. Esta psicopatología es característica de los trastornos alimentarios (y del trastorno dismórfico corporal) y rara vez se observa en la población general. Debe distinguirse de la **insatisfacción con la forma del cuerpo**, que se refiere al desagrado por ciertos aspectos de la apariencia. Es común encontrar cierto grado de insatisfacción con la forma del cuerpo y su presencia se conoce como **descontento normativo.**

La sobrevaloración de forma y peso da lugar a la búsqueda de pérdida de peso -advierta que por lo general lo que se busca es perder peso, no un peso específico- y al temor intenso a aumentar de peso y a la gordura. Las otras características de esos trastornos son, en su mayor parte, secundarias a esta psicopatología central y a sus consecuencias (p. ej., alimentación insuficiente; llegar a un peso extremadamente bajo). Es decir, en la anorexia nerviosa existe una búsqueda sostenida y exitosa de perder peso que da lugar a un peso excesivamente bajo. Esta búsqueda no se considera un problema, más bien es valorada y, en consecuencia, las pacientes tienen poco deseo de cambiar. Por esta razón suelen ser otras personas las responsables de que esas pacientes entren a tratamiento. En la bulimia nerviosa, los intentos equivalentes de restringir la ingesta de alimento son interrumpidos por episodios repetidos de pérdida de control sobre la alimentación (atracones). Por lo general esos atracones son aversivos y una fuente de angustia, y llevan a las pacientes a buscar ayuda; de ahí que sea más fácil que las pacientes con bulimia nerviosa se comprometan con el tratamiento, aunque suele darse una demora de varios años antes de que divulguen su problema alimentario y entren a tratamiento por la vergüenza y la reserva que acompañan al trastorno.

La psicopatología central de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa tiene también otras expresiones. Muchas pacientes etiquetan incorrectamente los estados físicos y emocionales adversos como "sentirse gorda" e igualan esto con el hecho de estar realmente gorda. Además, muchas escudriñan su cuerpo de manera repetida, enfocándose en las partes que les desagradan, lo que contribuye a la sobrevaloración que hacen las pacientes de su tamaño. Otras evitan deliberadamente ver sus cuerpos y asumen que su aspecto es obeso y desagradable; se observa una conducta equivalente en relación al peso (chequeo del peso), y muchas pacientes se pesan frecuentemente, lo que las lleva a preocuparse por fluctuaciones triviales, día a día, mientras que otras evitan deliberadamente conocer su peso, aunque se mantienen sumamente preocupadas por ello.

Anorexia nerviosa

En la anorexia nerviosa la búsqueda de la pérdida de peso lleva a las pacientes a una restricción severa y selectiva de la ingesta de comida, y a la evitación de los alimentos que consideran que engordan. Por lo general, no existe como tal una verdadera "anorexia" (pérdida de apetito). La alimentación insuficiente también puede ser una expresión de otros motivos, como el ascetismo, la competitividad y el deseo de atraer la atención de otros. En las primeras etapas del trastorno, la alimentación insuficiente puede ser una meta por derecho propio en que la paciente valora el sentido de autocontrol que ésta le confiere. Algunas pacientes también se involucran en una forma intensiva de ejercicio que contribuye a su pérdida de peso que se caracteriza por el fuerte deseo de ejercitarse, la tendencia a ejercitarse de más, y dar al ejercicio precedencia sobre otros aspectos de la vida. Un subgrupo de esas pacientes practica el vómito autoinducido y otras formas extremas de control de peso (p. ej., el abuso de laxantes o diuréticos), y las pacientes de un grupo traslapado tienen episodios de pérdida de control de la alimentación, aunque la cantidad consumida puede no ser objetivamente grande ("atracones subjetivos"). También es frecuente la presencia de rasgos depresivos y de ansiedad, irritabilidad, labilidad del estado de ánimo, daño en la concentración, pérdida del apetito sexual y rasgos obsesivos. Por lo general esas características empeoran a medida que las pacientes pierden peso, lo que las lleva a un mayor retraimiento y aislamiento social. Esto suele revertirse cuando el peso se recupera.

Bulimia nerviosa

Los hábitos alimentarios de quienes presentan bulimia nerviosa son similares a los observados en la anorexia nerviosa. El rasgo distintivo principal es que los intentos por restringir la ingesta de alimento son interrumpidos por episodios repetidos de atracones. La frecuencia de esos episodios va de uno a la semana (el umbral diagnóstico del DSM-5) a varios al día, y la cantidad consumida por episodio varía, pero por lo general se encuentra entre 1 000 y 2 000 kilocalorías (kcal). En la mayoría de los casos, cada atracón es compensado por el vómito autoinducido o el abuso de laxantes, aunque existe un subgrupo de pacientes que no recurren a las "purgas". El peso de la mayoría de las pacientes con bulimia nerviosa se encuentra en el rango sano (IMC entre 18.5 y 25.0) debido a que los efectos de consumo insuficiente y excesivo de comida se compensan entre sí. Como resultado, esas pacientes no experimentan los efectos psicosociales y físicos secundarios de mantener un peso muy bajo. Los rasgos depresivos y de ansiedad destacan en la bulimia nerviosa -de hecho, más que en la anorexia nerviosa- y existe un subgrupo de pacientes que se involucran en el abuso de sustancias, las conductas autolesivas o ambas. Este subgrupo, que también está presente en algunas pacientes con anorexia nerviosa que exhiben atracones, suele atraer el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad.

Trastorno por atracones

Las pacientes con un trastorno por atracones reportan episodios recurrentes de consumo excesivo de comida, muy parecido a lo que ocurre en la bulimia nerviosa, pero sus hábitos alimentarios fuera de los atracones son muy diferentes. Como se mencionó, en la bulimia nerviosa existe un alto nivel de restricción de la dieta y la mayoría de los pacientes intentan apegarse a una dieta altamente restrictiva cuando no tienen atracones. En contraste, en el trastorno por atracones existe una tendencia a comer de más fuera de las comilonas. De hecho, los hábitos alimentarios de las pacientes con trastorno por atracones se parecen a los de la gente con obesidad, aunque con atracones sobrepuestos. En su caso no están presentes el vómito autoinducido ni el abuso de laxantes, y tampoco existe una tendencia al ejercicio excesivo. La mayor parte de la gente que busca tratamiento por el trastorno por atracones tiene sobrepeso o cumple los criterios de la obesidad (IMC $\geq$ 30.0).

Otros trastornos alimentarios especificados y no especificados

La psicopatología de los "otros trastornos alimentarios especificados" y "no especificados" en el DSM-5, conocidos como trastorno de la conducta alimentaria, NOS en el DSM-IV, es muy parecida a la observada en la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones; su duración y severidad también es comparable (Fairburn *et al.,* 2007). A nivel conceptual, es útil distinguir dos subgrupos dentro de esas categorías, aunque no existe límite nítido entre ellos. El primero incluye casos muy parecidos a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, pero que no cumplen sus criterios diagnósticos; por ejemplo, el peso corporal puede estar marginalmente por arriba del umbral para la anorexia nerviosa o la frecuencia de los atracones puede ser demasiado baja para un diagnóstico de bulimia nerviosa. Esos casos corresponden a la categoría de "otro trastorno alimentario o de la conducta alimentaria especificado". El segundo subgrupo, que es más grande, incluye casos en que las características de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa se combinan de una forma diferente a la observada en los dos trastornos prototípicos. Dichos estados pueden describirse como de carácter "mixto" y corresponden a la categoría del "trastorno alimentario o de la conducta alimentaria **no** especificado". Este tipo de casos son comunes (Fairburn y Cooper, 2011).

Los lectores pueden encontrar referencias del llamado "trastorno de purgas", un término que se refiere a un estado caracterizado por las purgas recurrentes en ausencia de atracones. En el DSM-5 esos casos se ubican en la categoría de "otro trastorno alimentario o de la conducta alimentaria especificado". En nuestra experiencia, la gran mayoría de la gente que cumple esos criterios padece atracones subjetivos y por ende es mejor considerar que presenta una variante de la bulimia nerviosa.

Por último, se dice que los pacientes que describen que la ingesta excesiva de alimento se restringe a la tarde o la noche tienen un "síndrome de alimentación nocturna", un estado relativamente desatendido que está fuera del alcance de este capítulo. Los lectores interesados en el síndrome de alimentación nocturna y su tratamiento pueden consultar el libro de Lundgren, Allison y Stunkard (2012).

DESARROLLO Y CURSO SUBSECUENTE

La anorexia nerviosa empieza por lo general en la adolescencia con el inicio de la restricción en la dieta que se vuelve progresivamente más extrema e inflexible. En sus etapas iniciales el trastorno puede ser autolimitado y sensible al tratamiento, pero si persiste tiende a afianzarse y requiere tratamiento más intensivo. En 10 a 20% de los casos no responde al tratamiento ni remite. Incluso en pacientes que se recuperan es común encontrar rasgos residuales, en particular cierto grado de preocupación excesiva por la forma, el peso y la alimentación. Es frecuente que se desarrollen atracones y, en alrededor de la mitad de los casos, que progrese a la bulimia nerviosa completa. Entre los factores pronósticos favorables los que más destacan son una edad temprana de inicio y una historia breve, mientras que los factores pronósticos desfavorables incluyen una larga historia, pérdida de peso grave, atracones y vómito. La anorexia nerviosa es el único trastorno alimentario que se asocia con una elevada tasa de mortalidad, y la razón estandarizada de mortalidad a partir de los 10 primeros años de la presentación es alrededor de 10. La mayoría de las muertes son resultado directo de complicaciones médicas o del suicidio.

La bulimia nerviosa tiene una edad de inicio ligeramente mayor, por lo general al final de la adolescencia o el inicio de la adultez. Usualmente empieza de forma muy parecida a la anorexia nerviosa -de hecho, en alrededor de una cuarta parte de los casos se cumplen por cierto tiempo los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa. Sin embargo, a la larga los episodios de atracones interrumpen la restricción de la dieta y, como resultado, el peso corporal aumenta a niveles normales o casi normales. El trastorno es extremadamente autoperpetuante, por lo que es frecuente que las pacientes presenten una historia de ocho años o más de alteraciones en la alimentación que no remiten. No se han identificado predictores sistemáticos del resultado, aunque existe evidencia de que la obesidad en la niñez, baja autoestima y signos de alteraciones de personalidad se asocian con un peor pronóstico.

El trastorno por atracones difiere en la edad de presentación y curso. La mayoría de esos pacientes son de mediana edad y una tercera parte o más son hombres. Esto es muy diferente a los pacientes con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y los dos grupos de trastornos alimentarios residuales, que por lo general son mujeres (sólo 10% son hombres) en su adolescencia o adultez temprana. La experiencia clínica sugiere que el trastorno por atracones también difiere en su curso, ya que tiende a ser fásico más que persistente y la mayoría de los pacientes describen periodos sostenidos en que están libres de atracones por muchos meses. Durante el trastorno los pacientes muestran una tendencia general a comer en exceso y aumentar de peso. Pocos reportan una historia de anorexia nerviosa o de bulimia nerviosa.

Se sabe poco acerca del desarrollo y curso de los trastornos alimentarios residuales. La mayoría de los pacientes los presentan en su adolescencia o alrededor de los 20 años, como en la bulimia nerviosa, y con una duración comparable (Fairburn *et al.,* 2007). Dado que entre una cuarta y una tercera parte de los pacientes tuvieron anorexia nerviosa

o bulimia nerviosa en el pasado, su estado actual es simplemente la última expresión de un trastorno alimentario en evolución.

PERSPECTIVA "TRANSDIAGNÓSTICA"

El esquema del DSM-5 para clasificar los trastornos alimentarios favorece la idea de que la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones son estados clínicos distintos, cada uno de los cuales requiere su propia forma de tratamiento. Sin embargo, la consideración de sus características clínicas y curso temporal deja claro que la evidencia no apoya esa visión (Fairburn y Harrison, 2003). Con la posible excepción del trastorno por atracones, los trastornos alimentarios tienen muchas características en común, la mayoría de las cuales no se observan en otros trastornos psiquiátricos. Los estudios de su curso indican que los pacientes migran entre esos diagnósticos al paso del tiempo: de hecho, la migración temporal es la norma más que la excepción. Este movimiento temporal, aunado al hecho de que los trastornos comparten la misma psicopatología distintiva, sugiere la participación de mecanismos "transdiagnósticos" comunes en la persistencia de la psicopatología del trastorno alimentario (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003). Si eso es correcto, implica que los tratamientos capaces de abordar con éxito esos mecanismos de mantenimiento deberían ser efectivos con todas las formas de trastorno alimentario y no con una sola.

Bulimia nerviosa

De acuerdo con la mayoría de los tratamientos cognitivo-conductuales con base en la evidencia, la teoría que sustenta el tratamiento cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa (TCC-BN) se interesa más en los **procesos que mantienen el trastorno** que en los responsables de su desarrollo. Según la teoría, el esquema disfuncional de esos pacientes para la autoevaluación es fundamental para el mantenimiento del trastorno. Como se mencionó, mientras la mayoría de la gente se evalúa con base en su desempeño percibido en diversas áreas de la vida, las personas con trastornos alimentarios se juzgan en gran medida, o incluso en forma exclusiva, en términos de su forma y peso, y de su capacidad para controlarlos. Esto da lugar a que su vida gire alrededor de la forma, peso y alimentación, a la búsqueda deliberada del control de la dieta, la delgadez y la pérdida de peso, y a la evitación tenaz de comer en exceso, de la "gordura" y del aumento de peso. Puede considerarse que la mayor parte de las otras características de la bulimia nerviosa surgen directamente de esta **psicopatología central**, incluyendo la conducta de control de peso, las distintas formas de supervisión corporal y evitación, y la preocupación por pensamientos sobre forma, peso y alimentación. La figura 17-1 presenta una representación esquemática (o "formulación") de los principales procesos involucrados.

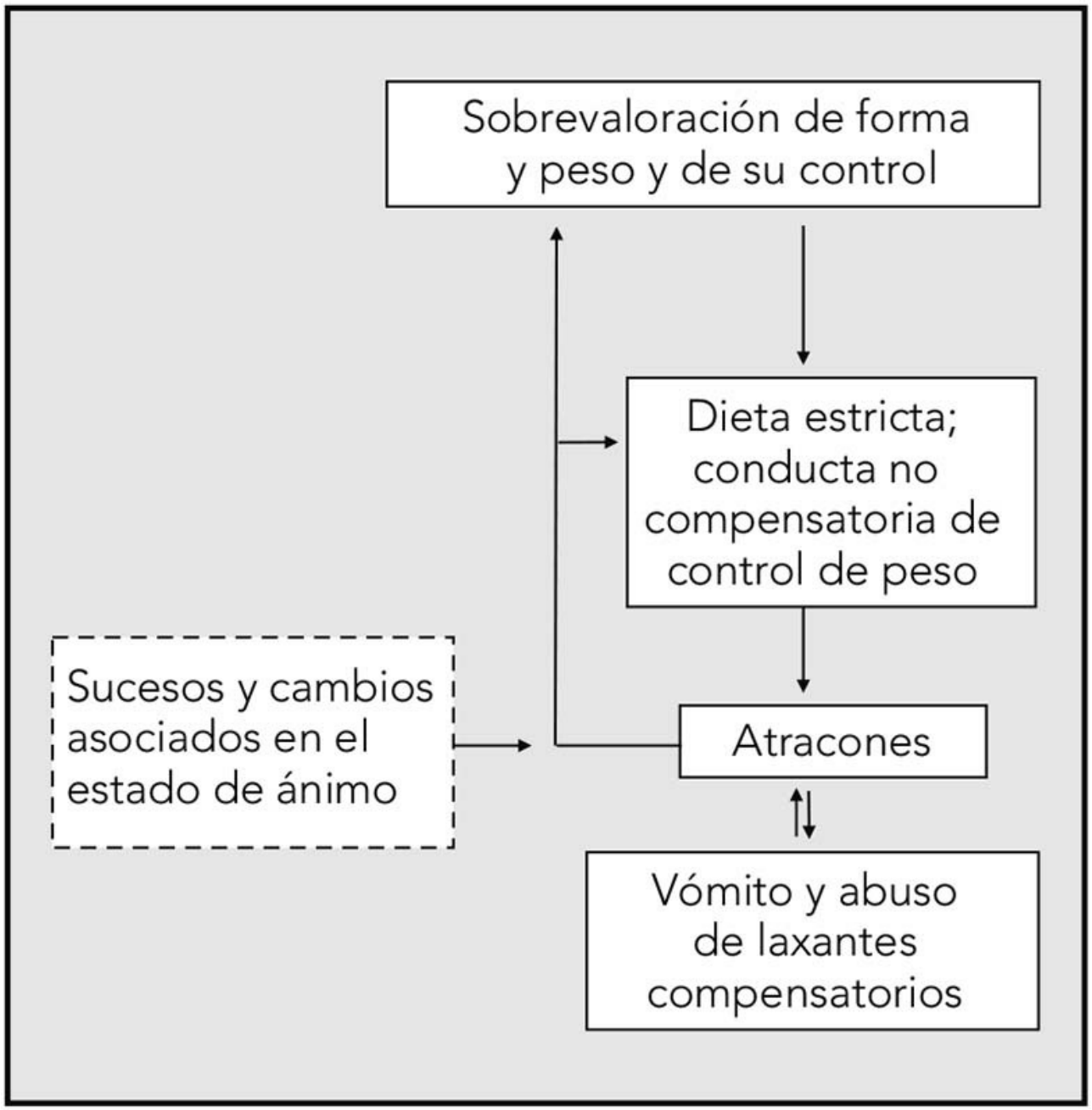


Figura 17-1. La teoría cognitivo-conductual del mantenimiento de la bulimia nerviosa. Tomado de Fairburn (2008, p. 19). Copyright 2008 de The Guilford Press. Reproducido con autorización. Esta figura puede ser descargada de **www.credo-oxford.com**.

La única característica de la bulimia nerviosa que obviamente no es una expresión directa de la psicopatología central son los atracones observados en esos pacientes. La teoría cognitivo-conductual propone que los atracones son en gran medida un producto de la forma particular en que esos pacientes **intentan** limitar su alimentación (es decir, su forma de restricción en la dieta), independientemente de si en realidad comen menos. En lugar de adoptar las directrices generales de cómo deberían comer, esos pacientes tratan

de apegarse a múltiples reglas dietéticas que son extremas y altamente específicas. A eso lo acompaña una tendencia que implica una reacción extrema y negativa a la frecuente y casi inevitable ruptura de esas reglas, lo que da lugar a que incluso las fallas menores en la dieta se interpreten como evidencia de falta de autocontrol. Como resultado, los pacientes abandonan temporalmente sus intentos de restringir su alimentación y ceden al impulso de comer. Esto produce un patrón de alimentación altamente distintivo en que los intentos de restringir la alimentación son interrumpidos repetidamente por episodios de atracones. Los atracones mantienen la psicopatología central al intensificar las preocupaciones de los pacientes sobre su capacidad para controlar su alimentación, forma y peso, y alentar una restricción aún mayor de la dieta, aumentando por ende el riesgo de otros episodios de atracones.

Debe advertirse que los resbalones alimentarios y los atracones de esos pacientes no surgen de la nada; es particularmente probable que ocurran en respuesta a dificultades y que se asocien con cambios en el estado de ánimo, lo que en parte se debe a que los atracones alivian temporalmente los estados de ánimo negativo, y en parte a que permiten que los pacientes dejen de pensar en sus dificultades.

Un proceso adicional mantiene los atracones en los pacientes que practican "purgas" compensatorias (es decir, quienes se inducen el vómito o toman laxantes en respuesta a episodios específicos de atracones). La creencia errónea de los pacientes de que las purgas impiden la absorción de calorías (es decir, de la energía), socava un disuasivo importante contra los atracones. No se dan cuenta de que el vómito sólo recupera parte de lo que se comió y que los laxantes tienen poco o ningún efecto en la absorción de la energía (Fairburn, 2013).

Esta consolidada explicación cognitivo-conductual del mantenimiento de la bulimia nerviosa tiene claras implicaciones para el tratamiento. Sugiere que para que el tratamiento tenga impacto duradero en los atracones y las purgas, es necesario abordar también los intentos extremos de esos pacientes por restringir su alimentación, su sobrevaloración de forma y peso, y su tendencia a comer en respuesta a sucesos adversos y estados de ánimo negativos.

Anorexia nerviosa y otros trastornos de la alimentación no especificados

La explicación cognitivo-conductual del mantenimiento de la bulimia nerviosa puede extenderse a todos los trastornos alimentarios. Como se mencionó, la teoría "transdiagnóstica" destaca el hecho de que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa tienen mucho en común (Fairburn *et al.,* 2003). Comparten esencialmente la misma psicopatología central que lleva a ambos grupos de pacientes a sobrevalorar forma y peso y su control, y a expresar esta psicopatología en actitudes y conductas similares.[2] Por consiguiente, los pacientes con anorexia nerviosa restringen su ingesta de comida de la misma forma rígida y extrema que los pacientes con bulimia nerviosa, y también pueden vomitar, abusar de laxantes o diuréticos y excederse en el ejercicio. Los atracones no distinguen entre ambos trastornos porque existe un subgrupo de pacientes con anorexia nerviosa que comen en forma desmedida (con o sin purgas compensatorias). La

diferencia principal entre los dos trastornos radica en el equilibrio relativo entre la alimentación insuficiente y la alimentación excesiva y su efecto en el peso corporal. En la bulimia nerviosa no hay nada especial en el peso corporal, mientras que en la anorexia nerviosa predomina la alimentación insuficiente, lo que da lugar a un peso corporal extremadamente bajo y a rasgos de inanición que contribuyen a la imagen clínica y su mantenimiento. A este respecto, resulta de particular importancia el pronunciado retraimiento social que se observa en la inanición, ya que esto fomenta el ensimismamiento y aísla a las pacientes de las influencias externas que podrían disminuir sus preocupaciones excesivas por la alimentación, la forma y el peso. La figura 17-2 muestra la formulación cognitiva-conductual de la forma clásica de "restricción" de la anorexia nerviosa.

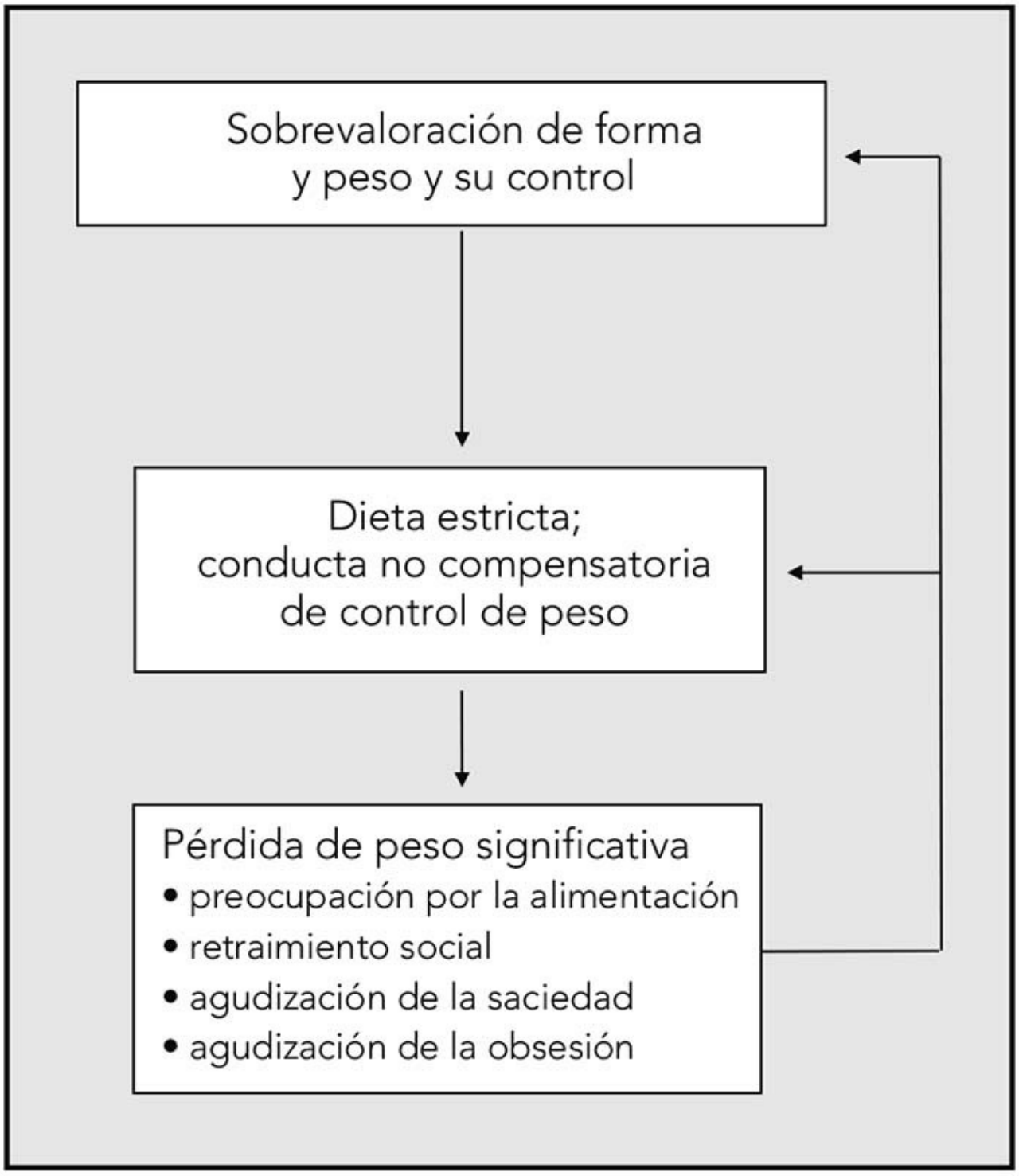


Figura 17-2. Teoría cognitivo-conductual del mantenimiento de la anorexia nerviosa.

Los procesos que mantienen la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa también parecen mantener las presentaciones clínicas que se observan en otros trastornos alimentarios especificados. La figura 17-3 muestra una formulación transdiagnóstica compuesta, que es en esencia una combinación de las formulaciones de la bulimia nerviosa y la anorexia

nerviosa restrictiva. En la experiencia, esta formulación compuesta representa los procesos centrales que mantienen cualquier trastorno de la alimentación, cualquiera que sea su forma exacta. Los procesos específicos que operan en cualquier paciente individual dependen de la naturaleza de la psicopatología del trastorno alimentario presente. En algunos casos, sólo está activo un número limitado de esos procesos (como en la mayoría de los casos del trastorno por atracones), mientras que en otros (p. ej., los casos de anorexia nerviosa en que se presentan atracones y purgas) opera la mayor parte de los procesos. Igual que en la explicación cognitivo-conductual del mantenimiento de la bulimia nerviosa, esta explicación transdiagnóstica destaca los procesos que deben ser abordados en el tratamiento, lo que ayuda al clínico a diseñar un tratamiento a la medida que se ajuste a la psicopatología del paciente individual.

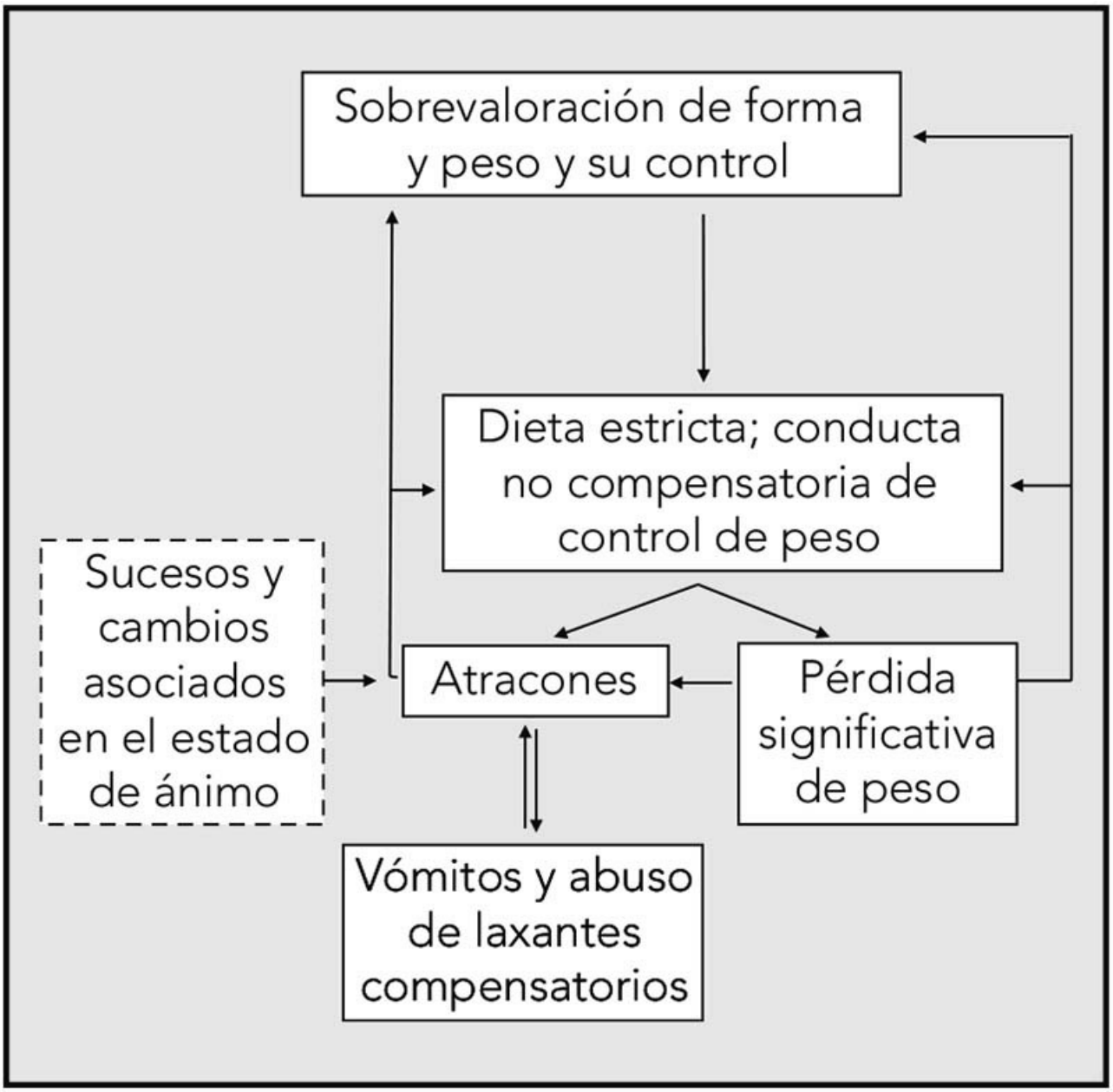


Figura 17-3. Teoría cognitivo-conductual "transdiagnóstica" de los trastornos alimentarios. Tomado de Fairburn (2008, p. 21). Copyright 2008 de The Guilford Press. Reproducido con autorización. Esta figura puede descargarse de *www.credo-oxford.com*

LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO

En congruencia con la forma actual de clasificar los trastornos alimentarios, la investigación sobre su tratamiento se ha concentrado en los trastornos particulares por separado. Esta investigación fue revisada por Hay y Claudino (2010) y el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido (National Institute for Clinical Excellence [NICE], 2003) realizó un metaanálisis acreditado. La mayor parte de los ensayos con control aleatorio se han enfocado en adultos con bulimia nerviosa, por lo que ha dedicado menos atención al tratamiento de los adolescentes. Los hallazgos destacan la existencia de una forma específica de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la bulimia nerviosa (TCC-BN). Sin embargo, este tratamiento está lejos de ser una panacea, en el mejor de los casos, apenas la mitad de los pacientes que inician el tratamiento responden de manera completa y duradera. La psicoterapia interpersonal (TIP) es una alternativa potencial a la terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa, pero requiere de 8 a 12 meses más para obtener un efecto comparable. Los medicamentos antidepresivos (en especial la fluoxetina con una dosis de 60 mg por la mañana) también tiene un efecto benéfico, pero no tan grande como el obtenido con la terapia cognitivo-conductual, y la limitada evidencia de que se dispone sugiere que dicho efecto no se mantiene. La combinación de la terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa con medicamentos antidepresivos supone, si acaso, poca ventaja sobre la terapia cognitivo-conductual sola.

La investigación sobre la anorexia nerviosa ha sido mucho menor, y no existe un tratamiento que cuente con el apoyo de evidencia empírica sólida. En este caso, la mayor parte del trabajo se ha concentrado en adolescentes y en buena parte se ha interesado en una forma muy específica del tratamiento con base en la familia (TBF; Lock, le Grange, Agras y Dare, 2001). A pesar del entusiasmo general por el tratamiento con base en la familia (descrito a menudo como el **método Maudsley** porque fue ideado en el Hospital Maudsley de Londres), éste no está exento de limitaciones (Lock, 2011; Lock *et al.,* 2010): el tratamiento no es aceptable para algunas familias y pacientes; vuelve a algunas pacientes incapaces de comer si sus padres no las animan a hacerlo; y menos de la mitad de las pacientes responde de manera plena al tratamiento.

La investigación sobre el tratamiento del trastorno por atracones va en aumento. Varios tratamientos psicológicos parecen razonablemente efectivos y aún más que cuando se usan para tratar la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa (Wilson, Grilo y Vitousek, 2007). Tres tratamientos han recibido el mayor apoyo, una adaptación de la terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa, la terapia interpersonal y una versión simplificada de la terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa llamada "autoayuda guiada". Los efectos de la terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa y de la terapia interpersonal son notablemente similares, tanto en su alcance como en su curso temporal, que es muy diferente a la respuesta vista en la bulimia nerviosa. En general, parece que el trastorno por atracones responde más al tratamiento que los otros trastornos alimentarios, y que los procesos psicoterapéuticos "no

específicos" compartidos pueden tener una influencia poderosa. Quizá lo más notable sea el efecto de la autoayuda guiada (Wilson y Zandberg, 2012). Esta intervención breve (por lo general entre 8 y 10 sesiones de 20 minutos administrada por un "facilitador" no especializado) tiene un efecto significativo en la obesidad comórbida. Esto no es del todo sorprendente dado que buena parte de la ingesta excesiva de calorías de esos pacientes no es resultado de los atracones sino de que comen en exceso fuera de ellos.

Se ha realizado sólo un estudio sobre el tratamiento de los trastornos alimentarios residuales, una omisión increíble dada su prevalencia. Los hallazgos de este estudio se analizan a continuación.

Investigación sobre la terapia cognitivo-conductual mejorada

Hace relativamente poco tiempo se desarrolló una forma transdiagnóstica de la terapia cognitivo-conductual diseñada para todo el rango de trastornos alimentarios clínicos que se ven en adultos, incluyendo los otros trastornos alimentarios especificados (Fairburn, 2008; Fairburn *et al.,* 2003). Tiene fundamento en la teoría transdiagnóstica descrita antes y se derivó de la terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa. El tratamiento (terapia cognitivo-conductual mejorada [TCC-M]) se describe como "mejorado" porque utiliza una variedad de nuevas estrategias y procedimientos con el propósito de mejorar el apego al tratamiento y su resultado. Además, tiene módulos diseñados para abordar ciertos obstáculos al cambio que son "externos" al trastorno alimentario central, a saber, perfeccionismo clínico, baja autoestima y dificultades interpersonales. Existen entonces dos formas de la terapia cognitivo-conductual mejorada, una forma enfocada que se concentra exclusivamente en la psicopatología del trastorno alimentario y una forma amplia que aborda también los tres obstáculos externos al cambio.[3] Existen también dos duraciones del tratamiento, una versión de 20 semanas para pacientes cuyo peso no es significativamente bajo, definido por un IMC de 18.5 o más, y una versión que puede duplicar esta duración para pacientes con un IMC inferior a 18.5.

La terapia cognitivo-conductual mejorada, un tratamiento principalmente ambulatorio, se diseñó para administrarse en un formato individual más que grupal, aunque se han desarrollado versiones para pacientes externos y pacientes hospitalizados (Dalle Grave, 2012), y se han hecho también adaptaciones para adolescentes (Cooper y Stewart, 2008; Dalle Grave, Calugi, Doll y Fairburn, 2013).

La investigación sobre la terapia cognitivo-conductual mejorada sigue en una etapa relativamente temprana. En el primer estudio de su tipo, Fairburn y colaboradores (2009) reclutaron de dos centros comunitarios del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, una muestra transdiagnóstica de pacientes con trastornos alimentarios, todos los cuales tenían un IMC superior a 17.5 (es decir, en términos del DSM-IV, tenían bulimia nerviosa o un trastorno alimentario no especificado). Los pacientes se asignaron al azar a una condición control de lista de espera o a alguna de las variantes de la terapia cognitivo-conductual mejorada (la forma enfocada o a la forma amplia), y luego entraron a un periodo cerrado de seguimiento durante 60 semanas. Hubo dos hallazgos

principales:

1. Las dos formas de la terapia cognitivo-conductual mejorada fueron, en general, igualmente efectivas. El tamaño de la respuesta al tratamiento sugirió que esta forma de terapia era más efectiva que su predecesora, la terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa, especialmente a la luz del uso de pocos criterios de exclusión del ensayo (Crow y Peterson, 2009).
2. No hubo diferencia en la respuesta al tratamiento entre las pacientes con bulimia nerviosa y las que presentaban un trastorno alimentario no identificado.

Un segundo estudio (no publicado) de Oxford reprodujo esos hallazgos. Además, un estudio transdiagnóstico abierto realizado en Australia obtuvo resultados muy similares, por lo menos entre quienes completaron el tratamiento (Byrne, Fursland, Allen y Watson, 2011). Por desgracia, los terapeutas en ese estudio no fueron entrenados o supervisados por alguien experto en la terapia cognitivo-conductual mejorada, por lo que es difícil tener plena confianza en sus hallazgos.

El estudio original del Reino Unido incluyó también un análisis moderador planeado (Fairburn *et al.,* 2009). Sus hallazgos sugirieron que la versión amplia del tratamiento era más efectiva en pacientes que presentaban una psicopatología externa extrema del tipo que se designó como blanco, mientras que la versión enfocada funcionó mejor con los pacientes restantes.

Vale la pena mencionar un estudio notable que comparó la terapia cognitivo-conductual mejorada (versión enfocada, 20 sesiones durante 20 semanas) con un tratamiento psicoanalítico de largo plazo (alrededor de 100 sesiones durante dos años) en el tratamiento de la bulimia nerviosa (Poulsen *et al.,* en prensa). Participaron dos grupos de terapeutas que recibieron, ambos, entrenamiento y supervisión adecuadas. Los resultados fueron sorprendentes ya que se encontró que la terapia cognitivo-conductual mejorada era muy superior al tratamiento psicoanalítico tanto después de las 20 semanas (al final de la terapia cognitivo-conductual mejorada) como a los dos años (al final del tratamiento psicoanalítico). Esto fue así a pesar de la marcada discrepancia en el número de sesiones recibidas y la duración del tratamiento; además, el resultado no podía atribuirse a un efecto de lealtad porque los investigadores principales eran psicoanalistas. El hallazgo es una de las refutaciones más claras del llamado **veredicto del pájaro dodo** que concluye que todas las psicoterapias son equivalentes en sus efectos (Luborsky, Singer y Luborsky, 1975).

Hasta hace poco, la cuestión más importante sin resolver sobre la terapia cognitivo-conductual mejorada era si podía usarse para tratar a pacientes con muy bajo peso (es decir, a pacientes con anorexia nerviosa o con formas de bajo peso de otros trastornos alimentarios especificados), posibilidad que ahora ha sido confirmada. Así, se ha demostrado que se asocia con un buen resultado en tres cohortes de pacientes con el trastorno, dos cohortes adultas (N total = 99) (Fairburn, Cooper, Doll, Palmer y Dalle Grave *et al.,* 2013), y una de adolescentes (N = 49) (Dalle Grave *et al.,* 2013), cuyos integrantes presentaban todos un peso muy bajo.

Para concluir, existen tres puntos importantes que deben advertirse en la investigación sobre la terapia cognitivo-conductual mejorada:

1. La terapia cognitivo-conductual mejorada puede usarse para tratar todas las formas de trastornos alimentarios en adultos. Por consiguiente, a diferencia de lo aplicado para otros tratamientos basados en la evidencia para los trastornos alimentarios, el alcance de esta forma de tratamiento es verdaderamente transdiagnóstico. Por lo tanto, la disponibilidad de esta terapia hace redundante la necesidad de aprender diferentes tratamientos para distintos trastornos de la alimentación (Fairburn y Wilson, 2013).

2. Es necesario enfatizar que existen datos sólidos sobre el uso de la terapia cognitivo-conductual mejorada para tratar adultos con anorexia nerviosa, toda vez que en ocasiones es cuestionado este tratamiento. De hecho, existen más datos sobre esta aplicación de la terapia cognitivo-conductual mejorada que de cualquier otro tratamiento.

3. La terapia cognitivo-conductual mejorada puede usarse también para tratar a adolescentes con anorexia nerviosa, lo que la convierte en una alternativa potencial a la terapia con base en la familia. Definitivamente se requiere una comparación de ambos enfoques (Dalle Grave *et al.,* 2013).

El resto de este capítulo se dedica a la descripción de la forma principal de la terapia cognitivo-conductual mejorada, la versión enfocada, que es la versión medular del tratamiento y la base de las variantes de esta forma de terapia. Es la versión que se utiliza para tratar a la gran mayoría de adultos con un trastorno alimentario, siempre y cuando puedan manejarse en una base ambulatoria. En la guía completa se proporciona una descripción completa total del tratamiento enfocado (Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper, Shafran *et al.,* 2008b). Un libro de Dalle Grave (2012) describe cómo puede modificarse la terapia cognitivo-conductual mejorada para adecuarla a escenarios de pacientes hospitalizados, pacientes diurnos (quienes pasan el día en el hospital y regresan a dormir a sus casas) y pacientes que reciben tratamiento intensivo, y existen dos descripciones de las modificaciones necesarias para adolescentes (Cooper y Stewart, 2008; Dalle Grave *et al.,* 2013).

CONTEXTO DEL TRATAMIENTO

El paciente

La terapia cognitivo-conductual mejorada es un tratamiento para pacientes con trastorno alimentario de severidad clínica (es decir, la psicopatología del trastorno alimentario es persistente e interfiere de manera significativa con el funcionamiento psicosocial o la salud física del paciente). Está diseñada para pacientes de 18 años en adelante, y es igualmente adecuada para hombres y mujeres. Dado que se trata de un tratamiento para pacientes ambulatorios, es esencial que este manejo sea seguro para el paciente, tanto en términos físicos como desde el punto de vista psiquiátrico. En la práctica, esto significa que la condición física del paciente debe ser estable y sin riesgo de suicidio. El tratamiento está diseñado para pacientes con un IMC entre 15 y 40. Aunque algunos pacientes con un IMC inferior a 15 pueden ser tratados con terapia cognitivo-conductual mejorada ambulatoria, probablemente sea mejor dejar el tratamiento en manos de terapeutas experimentados. El manejo de dichos pacientes es revisado por Dalle Grave (2012). El libro editado por Mitchell y de Zwaan (2012) aborda el manejo de pacientes con un IMC superior a 40.

El terapeuta

Si bien no se requiere un título profesional específico para practicar la terapia cognitivo-conductual mejorada, son deseables cierto conocimiento y experiencia previos. Primero, idealmente los terapeutas deben estar bien informados sobre la psicopatología en general y sobre la psicopatología del trastorno alimentario en particular, deben tener experiencia en el trabajo con pacientes con trastornos alimentarios. Segundo, los terapeutas también deben conocer las complicaciones médicas de los trastornos alimentarios y ser capaces de manejarlas de manera apropiada (Fairburn, Cooper y Waller, 2008b). Tercero, los terapeutas deben estar dispuestos a implementar un tratamiento de corto plazo, enfocado en la psicopatología y, de preferencia, deben tener cierta experiencia en esta forma de trabajo.

En contraste con muchas otras aplicaciones de la terapia cognitivo-conductual, el género del terapeuta es de cierta relevancia para el tratamiento de pacientes con trastornos alimentarios. La mayoría de esos pacientes son mujeres, por lo que las terapeutas pueden tener cierta ventaja. Las pacientes pueden considerar que es más probable que una terapeuta entienda sus dificultades y, además, ésta puede fungir como modelo en términos de aceptación de forma y peso. Sin embargo, esas consideraciones son menores en comparación con el hecho de ser competente en la entrega del tratamiento. La experiencia indica que mujeres y hombres son capaces de ser excelentes en terapia cognitivo-conductual mejorada.

EVALUACIÓN Y PREPARACIÓN DE LOS PACIENTES PARA EL TRATAMIENTO

Entrevista inicial de evaluación

La entrevista inicial de evaluación tiene tres metas interrelacionadas. La primera es tranquilizar al paciente y empezar a forjar una relación terapéutica positiva. Esto es importante por varias razones. Primero, muchos pacientes con trastorno alimentario son sumamente ambivalentes en relación con el tratamiento por la naturaleza "egosintónica" de su psicopatología (lo que es especialmente cierto en el caso de pacientes con bajo peso), debido a la vergüenza (sobre todo en el caso de quienes presentan atracones), o porque en el pasado tuvieron experiencias adversas de tratamiento. El clínico que hace la evaluación debe ser sensible a la actitud del paciente hacia la entrevista de evaluación y preguntar directamente acerca de ella. La meta es que sea una empresa colaborativa en que al final el clínico pueda dar al paciente una opinión experta sobre la naturaleza de sus problemas y, de ser indicado, de las opciones de tratamiento.

La segunda meta es definir el diagnóstico. Por ejemplo, puede ser que un aparente trastorno alimentario resulte ser un trastorno de ansiedad (p. ej., dificultad para comer con otros por una fobia social), una presentación de un trastorno del estado de ánimo (p. ej., una pérdida severa de peso que resulta de una depresión clínica), o un simple consumo excesivo de alimento (en los casos de obesidad). Por consiguiente es crucial diagnosticar con precisión el problema o problemas (si existe comorbilidad) y evaluar su gravedad para decidir cuál es el siguiente paso más apropiado.

La tercera meta es cerciorarse que es seguro manejar al paciente de manera ambulatoria. Esto requiere verificar que no existen razones de preocupación respecto con la salud física o riesgo de suicidio del paciente. La guía completa de tratamiento ofrece orientación para hacerlo (Fairburn, Cooper, Shafran *et al.,* 2008b; Fairburn, Cooper y Waller, 2008b).

Se invita a los pacientes a ser acompañados por otros en la cita si así lo desean. Estas otras personas pueden ofrecer apoyo moral (y permanecer en el área de espera) o pueden ofrecer mayor información. La opinión del informante es de interés porque puede brindar una perspectiva diferente de las dificultades del paciente y describir problemas que no fueron revelados por el paciente (p. ej., que el paciente se toma un tiempo excesivo para comer o que consume porciones extremadamente pequeñas). Sin embargo, no es apropiado insistir en la asistencia de informantes porque algunos pacientes adultos han ocultado a otros su problema alimentario y no asistirían si se requiere la revelación. La situación es diferente en el caso de los pacientes más jóvenes en que suele ser esencial la participación de los padres.

Hacia el final de la primera entrevista se procede a pesar y medir a los pacientes. Para casi todos es una cuestión sumamente delicada y algunos se resisten a ella. Se les explica que es una condición necesaria para que la evaluación esté completa. No se considera apropiado confiar en el peso o estatura reportados por los pacientes, ya que pueden ser inexactos. En la experiencia, los pacientes esperan que se les pese, aunque muchos

prefieren que eso no ocurra. En esta etapa no se insiste en que los pacientes conozcan su peso si no lo desean, pero es importante darles a conocer su IMC cuando se analiza el resultado de la evaluación.

No se consideran favorables las citas de evaluación prolongadas porque son agotadoras para el paciente. Por otro lado, de manera rutinaria se ven a los pacientes dos veces como parte del proceso de evaluación porque una segunda cita, una o dos semanas después, a menudo proporciona nueva información de valor. En la segunda ocasión los pacientes están más relajados; en ocasiones revelan material que antes retuvieron y existe la oportunidad de seguir cuestiones que requieren una exploración particularmente cuidadosa (p. ej., la naturaleza y extensión de cualquier rasgo depresivo comórbido). La segunda cita también es una buena ocasión para discutir opciones de tratamiento.

De manera rutinaria se pide a los pacientes que respondan ciertos cuestionarios antes de la cita inicial. Esto es útil porque brinda información estandarizada sobre la naturaleza y gravedad de los problemas alimentarios de los pacientes. Los dos cuestionarios de preferencia son el Cuestionario para el Examen del Trastorno Alimentario (C-ETA; Fairburn y Beglin, 2008) y la Evaluación de Deterioro Clínico (EDC; Bohn y Fairburn, 2008). El Cuestionario para el Examen del Trastorno Alimentario ofrece una medida de la gravedad de los rasgos actuales del trastorno alimentario, mientras que la Evaluación de Deterioro Clínico evalúa el impacto de esta psicopatología en el funcionamiento psicosocial. Ambos cuestionarios son cortos y sencillos de completar, los dos se enfocan en los 28 días previos y son sensibles al cambio. También se incluye uno de los instrumentos bien establecidos de rasgos psiquiátricos generales.

Resultado de la evaluación

Para el final de la segunda cita debe ser posible decidir cuál es el mejor curso de acción. Por lo general existen cinco pasos posibles:

1. No hacer nada. Esto es apropiado con problemas alimentarios menores que probablemente sean autolimitados.
2. Observar. Esto es apropiado si la naturaleza o gravedad del problema no es clara; por ejemplo, si parece estar en remisión.
3. Recomendar terapia cognitivo-conductual mejorada ambulatoria. Esto es apropiado para la gran mayoría de los pacientes. Se recomienda este tratamiento prácticamente para todos los pacientes que presentan un trastorno alimentario y cuyo IMC fluctúa entre 15.0 y 40.0
4. Recomendar un tratamiento más intensivo. Se recomienda un tratamiento más intensivo (principalmente de paciente diurno o un tratamiento hospitalario) para pacientes cuyo IMC es menor a 15.0 y para aquellos cuyo estado físico no es estable. A esto puede seguirle un tratamiento cognitivo-conductual mejorado ambulatorio. También un tratamiento más intensivo cuando la terapia cognitivo-conductual mejorada no es de beneficio.
5. Recomendar una canalización a otro sitio. Esto es apropiado cuando el problema no es

un trastorno alimentario (p. ej., un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo).

Si los pacientes no se beneficiaron en el pasado de la terapia cognitivo-conductual, debe considerarse si es apropiado ofrecerles el mismo tratamiento por segunda vez. Por otro lado, es posible que las circunstancias de un paciente sean más propicias para un buen resultado ahora que en el pasado, o que los pacientes estén más motivados que antes. Es importante advertir que aunque los pacientes informen que recibieron antes terapia cognitivo-conductual, a menudo resulta que su carácter fue muy diferente al de la terapia cognitivo-conductual mejorada, por lo que siempre vale la pena averiguar cuál fue exactamente el tratamiento anterior involucrado.

Contraindicaciones para el inicio inmediato de la terapia cognitivo-conductual mejorada

Existen ciertas contraindicaciones para embarcarse de inmediato en la terapia cognitivo-conductual mejorada. La mayor parte de ellas se aplica a cualquier tratamiento psicológico de un trastorno alimentario. Las principales contraindicaciones son las siguientes:

Depresión clínica comórbida

La mayoría de los pacientes con trastorno alimentario presentan rasgos depresivos secundarios, pero un subgrupo considerable presenta depresión clínica independiente que interactúa con el trastorno alimentario. En la guía completa de tratamiento se discute en detalle la identificación y manejo de la depresión clínica en pacientes con trastornos alimentarios (Fairburn, Cooper y Waller, 2008a). La presencia de la depresión clínica interfiere con el tratamiento psicológico de distintas maneras. El pensamiento depresivo da lugar a que los pacientes se muestren exageradamente negativos sobre la posibilidad de cambio y la disminución de la pulsión tiene un efecto similar. Otro problema es que disminuyen la capacidad de concentración, lo que dificulta la retención de la información. Sin embargo, una vez que se trata la depresión, puede empezar la terapia cognitivo-conductual mejorada y dichos pacientes suelen estar particularmente motivados.

Es importante agregar que otras formas concurrentes de psicopatología (p. ej., trastornos de ansiedad o personalidad) no son contraindicaciones para la terapia cognitivo-conductual mejorada. Así, la investigación sobre la terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa típicamente incluye pacientes con trastornos comórbidos del Eje I y del Eje II, ninguno de los cuales demostró ser predictor sistemático del resultado.

Abuso significativo de sustancias

La intoxicación durante las sesiones de tratamiento las vuelve prácticamente inútiles, mientras que la intoxicación persistente fuera de las sesiones menoscaba gravemente la capacidad del paciente para utilizar la terapia cognitivo-conductual mejorada. Esta terapia puede empezar una vez que se abordó el abuso de sustancias.

Dificultades importantes o crisis

Son distracciones que interfieren con el tratamiento, por lo que es mejor postergarlo hasta que haya pasado la crisis.

Incapacidad para asistir con regularidad

Una característica central de la terapia cognitivo-conductual mejorada es el establecimiento y mantenimiento de un **momento terapéutico**. Ello requiere que las citas sean frecuentes (sobre todo en las primeras etapas) y regulares. Se pide a los pacientes que garanticen que no habrá pausas en su asistencia en las seis primeras semanas, y que no habrá pausas de más de dos semanas consecutivas en el resto del tratamiento. Si esto es imposible, por ejemplo, por unas vacaciones ya reservadas, se prefiere diferir el inicio del tratamiento. Los pacientes por lo general entienden y respetan la lógica que subyace a esta postura. Pueden ver que se toma en serio su tratamiento y que no se desea que tengan un "inicio en falso".

Ausencia del terapeuta

La necesidad de establecer y mantener un momento terapéutico también implica una obligación por parte del terapeuta. Si éste va a estar fuera durante las seis primeras semanas de tratamiento, es mejor demorar su inicio. En la guía del tratamiento se analizan formas de minimizar el impacto de la ausencia del terapeuta (Fairburn, Cooper, Shafran *et al.,* 2008).

Describir al paciente la terapia cognitivo-conductual mejorada

En caso de recomendar la terapia cognitivo-conductual mejorada, es importante que se describa de manera precisa. Una vez que se hace eso, posiblemente con la ayuda de una hoja de información (que puede obtenerse en *www.credo-oxford.com*) y que los pacientes tuvieron la oportunidad de planear preguntas, se les pide que piensen en lo que se propuso y que permitan conocer su decisión en el curso de una semana. En la experiencia, prácticamente todos dicen que les gustaría proceder con el tratamiento.

RESUMEN DEL TRATAMIENTO

Duración del tratamiento

La terapia cognitivo-conductual mejorada es un tratamiento psicológico de corto plazo, de tiempo limitado y altamente individualizado, por lo que es mejor aplicarlo en un formato individual. Para los pacientes que no presentan un peso significativamente por debajo de lo normal (que en este contexto puede definirse como tener un IMC por arriba de 18.5[4]) por lo general es suficiente una cita de evaluación inicial seguida por 20 sesiones de tratamiento de cincuenta minutos durante 20 semanas. Para los pacientes con peso significativamente más bajo, el tratamiento debe ser más prolongado, y a menudo requiere 40 sesiones durante 40 semanas. En este capítulo se describe primero el tratamiento de 20 semanas, y luego las adaptaciones necesarias para los pacientes con muy bajo peso.

Podría pensarse que la limitación temporal de la terapia cognitivo-conductual mejorada es incongruente con la afirmación de que es individualizada, lo que hasta cierto punto es cierto. Sin embargo, la experiencia es que la cantidad de sesiones de tratamiento recomendadas es suficiente, pero no excesivo, para la gran mayoría de los pacientes. Trabajar en un marco temporal limitado tiene ventajas importantes que superan a la desventaja potencial de estandarizar la duración del tratamiento. La principal ventaja es que un marco temporal fijo concentra las mentes de paciente y terapeuta, favorece el establecimiento del momento terapéutico que se necesita desde el inicio, y ayuda a garantizar que terapeuta y paciente seguirán esforzándose para propiciar el cambio de este último. Eso hace mucho más probable que el tratamiento tenga una terminación formal en lugar de irse extinguiendo, como sucede en ocasiones en que no se define el final del tratamiento. Esa definición es importante para garantizar que en la parte final del tratamiento se aborden temas importantes orientados al futuro (p. ej., cómo minimizar el riesgo de recaídas).

En algunas circunstancias es apropiado ajustar la duración del tratamiento. Rara vez debe ser acortado, aunque eso se aplica en los casos ocasionales en que el cambio es tan profundo y rápido que prácticamente no queda psicopatología que tratar. La necesidad de alargar el tratamiento suele ser más frecuente. Las indicaciones para hacerlo se describen brevemente al final del capítulo.

Estructura del tratamiento

La versión de 20 semanas del tratamiento tiene cuatro etapas:

- *Etapa 1*. Es la más importante. Pretende lograr el compromiso del paciente con el tratamiento y el cambio, y formular en conjunto los procesos que mantienen el trastorno alimentario, ofrecer educación, abordar las preocupaciones relacionadas con el peso e introducir un patrón de alimentación regular. Luego de esta sesión inicial preparatoria, se programan dos citas semanales durante cuatro semanas.

- *Etapa 2.* Esta etapa pretende estudiar la situación, revisar el progreso, identificar barreras para el cambio, modificar la formulación según sea necesario y planear la tercera etapa. Esta etapa por lo general incluye dos citas, cada una con una semana de distancia.
- *Etapa 3.* Ésta es el cuerpo principal del tratamiento y su propósito es abordar los mecanismos centrales que mantienen el trastorno alimentario del paciente. Incluye ochos citas semanales.
- *Etapa 4.* Es la etapa final del tratamiento y se enfoca en el futuro. Tiene dos propósitos: el primero es asegurar que los cambios logrados en el tratamiento se mantengan en los siguientes meses, y el segundo es minimizar el riesgo de recaídas en el largo plazo. Por lo general incluye tres citas, cada una con dos semanas de distancia.

Además, 20 semanas después de haber finalizado el tratamiento se programa una única cita de revisión.

Implementación de la terapia cognitivo-conductual mejorada

La terapia cognitivo-conductual mejorada está diseñada como un tratamiento completo por derecho propio. Se considera que no debe combinarse con otras formas de terapia ni coexistir con ellas porque ambas condiciones pueden restarle valor al tratamiento.

Sin importar lo que suceda, la terapia cognitivo-conductual mejorada debe permanecer enfocada en el trastorno alimentario. Si durante el tratamiento el paciente experimenta una crisis que no puede ser ignorada (por ejemplo, los padres de uno de los pacientes más jóvenes desaparecieron inesperadamente, dejando al paciente sin saber qué hacer), se organizan una o más "sesiones de crisis", además de las sesiones de terapia cognitivo-conductual mejorada, para abordar el problema en cuestión. Sin embargo, es raro que suceda algo así. Muy ocasionalmente se suspenden la terapia cognitivo-conductual mejorada por unas cuantas semanas si parece inapropiado continuarla.

Se ha observado que algunos terapeutas se sienten tentados a cambiar el rumbo terapéutico si el progreso es lento o difícil, lo que rara vez es apropiado. Aunque resulte tentador cambiar a otra modalidad terapéutica, o agregar o tratar de "integrar" otras técnicas, se recomienda que el terapeuta continúe trabajando dentro del marco de la terapia cognitivo-conductual mejorada mientras trata de entender a qué se debe la relativa falta de progreso. De hecho, ésta fue la estrategia que dio lugar al desarrollo de la terapia cognitivo-conductual mejorada y a su forma amplia en particular (Cooper y Fairburn, 2011).

Etapa 1: Un buen inicio

Ésta es la etapa inicial intensiva del tratamiento que incluye una serie de metas interrelacionadas, todas las cuales se aplican independientemente de la naturaleza exacta del problema alimentario del paciente.

La etapa preparatoria inicial

La sesión inicial por lo general tiene una duración de dos horas y cuatro metas principales.

COMPROMETER AL PACIENTE CON EL TRATAMIENTO Y LA PERSPECTIVA DE CAMBIO

Una dificultad particular en la atención a pacientes con trastornos alimentarios es involucrarlos en el tratamiento. Muchos llegan con dudas y distintos grados de reticencia. Es esencial que el terapeuta lo entienda y se mantenga permanentemente sensible a su probable ambivalencia.

A este respecto resulta especialmente importante la sesión inicial. El paciente está evaluando al terapeuta tanto cómo éste evalúa al paciente. Algunos clínicos recomiendan una fase inicial para "mejorar la motivación". Si bien coincide en la trascendencia del compromiso con el tratamiento y, muy especialmente con el cambio, se considera que la terapia cognitivo-conductual mejorada, de administrarse de modo competente, mejora la motivación para el cambio y se traslapa en forma significativa con las estrategias de la entrevista motivacional (Wilson y Schlam, 2004). No se considera que se requieran procedimientos especiales ajenos a la terapia cognitivo-conductual.

Para involucrar a los pacientes es fundamental explicarles lo que conlleva el tratamiento; de ahí la importancia de que estén plenamente informados sobre el tratamiento en que se están embarcando. Es necesario cubrir varios temas:

1. *La naturaleza y estilo del tratamiento.* Es claro que se debe informar a los pacientes sobre el nombre, naturaleza y estilo del tratamiento.
2. *Los aspectos prácticos del tratamiento.* También se les debe informar sobre la cantidad, duración y frecuencia de las sesiones.
3. *Pesaje durante la sesión.* Es necesario advertir a los pacientes que a partir de la primera o segunda sesión, el tratamiento incluirá el hecho de que serán pesados, por lo cual es importante explicarles la lógica de esta acción (vea "Establecer la colaboración en el pesaje"). A menudo preguntan si alguna vez los pacientes se niegan a ser pesados. La respuesta es que el paciente ocasional es muy reacio, pero en el contexto de una sesión inicial interesante y de una buena explicación de por qué es necesario, la reticencia no es un problema. En la experiencia es que si uno cede al temor del paciente al pesaje dentro de la sesión, luego es difícil introducir el procedimiento.
4. *Infundir "responsabilidad", entusiasmo y esperanza*. También debe plantearse que el tratamiento es del paciente, no del terapeuta. Durante el tratamiento los pacientes

deben tener claro lo que está sucediendo y por qué. Aunque muchos están ansiosos por superar su problema alimentario y dispuestos al tratamiento desde el inicio, es importante maximizar el entusiasmo y la esperanza. Parte de ello implica comunicar que el terapeuta es conocedor sobre los trastornos alimentarios en general y sobre el tipo de problema alimentario del paciente en particular.

No es inusual ver pacientes a quienes se les dijo que nunca superarían su trastorno alimentario. Rara vez pareciera que dicha afirmación estuviese justificada. Decir algo así genera una profecía autorrealizada porque socava cualquier esperanza de recuperación que el paciente pudiera haber tenido. La investigación no ha generado predictores confiables del resultado del tratamiento, y la experiencia de muchos años ha enseñado a no confiar en el juicio clínico a este respecto. Continuamente sorprende (por lo regular de manera favorable) la respuesta de los pacientes al tratamiento.

EVALUACIÓN DE LA NATURALEZA Y SEVERIDAD DE LA PSICOPATOLOGÍA ACTUAL

Según el contexto en que uno trabaje, la persona que realiza la entrevista inicial de evaluación puede ser o no quien se encargue luego de tratar al paciente. En el contexto, es frecuente que el terapeuta esté viendo al paciente por primera vez, lo que implica la necesidad de hacer una segunda evaluación del trastorno alimentario para que el terapeuta tenga una imagen completa. Es inevitable que esta evaluación se traslape en cierto grado con la inicial.

Esta evaluación particular se orienta al tratamiento más que al diagnóstico, por lo que difiere en cierto modo de la que se realizó al ver al paciente por primera vez. Si bien se cubre una gran variedad de temas, la atención debe concentrarse en el estado actual del paciente. Se utiliza principalmente un estilo adecuado para recabar información, pero el terapeuta se mantiene al tanto de la probable sensibilidad del paciente a ciertos temas (p. ej., atracones, vómitos autoinducidos).

CREACIÓN CONJUNTA DE LA FORMULACIÓN

El siguiente paso es la creación de la "formulación", es decir, una representación visual personalizada (es decir, un diagrama) de los procesos que parecen estar manteniendo el problema alimentario del paciente. Esto se hace en la sesión inicial a menos que el paciente tenga un peso significativamente por debajo de lo normal (vea más adelante) o que el trastorno alimentario sea inusual y difícil de entender, en cuyo caso es mejor demorarlo hasta la siguiente sesión, de modo que el terapeuta disponga de tiempo suficiente para pensar en su forma probable.

La creación de la formulación tiene varios propósitos: ayuda al cliente a involucrarse en el tratamiento; involucra un "descentramiento", lo que es fundamental para contribuir al cambio de los pacientes; comunica la idea de que los problemas alimentarios son comprensibles y están mantenidos por la interacción de diversos mecanismos; y al destacar los mecanismos que mantienen el trastorno, proporciona una guía de lo que debe ser el blanco del tratamiento.

En la figura 17-3 se presenta una formulación transdiagnóstica compuesta, la cual debería ser usada por el terapeuta como una plantilla de la cual puede derivarse la formulación personalizada que coincida con las características clínicas presentes. Entre más se familiarice el terapeuta con la plantilla, más fácil le resultará crear una formulación individualizada. No se han encontrado pacientes cuyos problemas alimentarios no puedan ser formulados de esta manera.

La formulación debe enfocarse en los mecanismos principales que parezca probable que mantienen el problema alimentario del paciente. No tiene que ser exhaustiva (porque esto supone el riesgo de que resulte excesivamente detallada y confusa), y no se interesa en los orígenes del problema.

La formulación, conocida usualmente como el "diagrama" o la "imagen" debe ser alargada, paso a paso, de manera pausada, en que el terapeuta asuma el liderazgo con la participación activa del paciente. Es mejor empezar con algo que el paciente quiera cambiar (p. ej., los atracones) o algo que sea claramente un problema (p. ej., un peso demasiado bajo). Siempre que sea posible y apropiado, deben usarse los términos del paciente. Dado que la formulación se basa en información apenas obtenida, el terapeuta debe dejar claro que es provisional y que se modificará según se requiera durante el tratamiento. Es importante que los pacientes acepten que la formulación es una explicación creíble de su problema alimentario. La mayoría concuerda con ello.

Una vez que se creó la formulación, el terapeuta debe analizar sus implicaciones para el tratamiento. Debe señalarse que para superar el trastorno alimentario el paciente tendrá que abordar no sólo las cosas que le gustaría cambiar (p. ej., la pérdida de control sobre la alimentación), sino también los mecanismos responsables de su mantenimiento (los "círculos viciosos"). Así, por ejemplo, en el caso de los pacientes con atracones, el tratamiento por lo regular no sólo debe enfocarse en el hecho de detener las comilonas, sino que también debe abordar las distintas formas de hacer dieta del paciente, su capacidad para lidiar con hechos y estados de ánimo adversos sin comer de manera desmedida, y sus preocupaciones por forma y peso. La probabilidad de recaer aumenta notablemente si no se abordan los distintos procesos que mantienen el trastorno.

ESTABLECIMIENTO DE LA AUTOSUPERVISIÓN EN TIEMPO REAL

La tarea final de la primera sesión es establecer la autosupervisión en tiempo real. Se trata del registro continuo, "en el momento", de las conductas, pensamientos, sentimientos y sucesos relevantes. Es necesario empezar este procedimiento desde el inicio del tratamiento y hacerle ajustes en la primera sesión, ya que debido a que resulta fundamental para el tratamiento habrá de continuar durante todo el proceso. Tiene dos propósitos: primero, ayudar al paciente a identificar con precisión lo que sucede día a día; segundo, permitir que los pacientes, una vez que han tomado consciencia de sus pensamientos, sentimientos y conductas en el momento en que ocurren, se den cuenta de que tienen opciones y que pueden cambiar muchas cosas que pensaban que eran automáticas y fuera de su control.

Se lleva un registro de supervisión que resulta sencillo completar y usar para los

clientes. Lo que se registra exactamente evoluciona durante el tratamiento, aunque al principio se enfatizan principalmente los hábitos alimentarios del paciente. Cuando se describe la forma de monitorear dichos hábitos, con frecuencia se analiza un ejemplo (creado para este propósito) cuya forma coincide aproximadamente con los hábitos alimentarios del paciente en cuestión. La tabla 17-1 muestra las instrucciones para la supervisión y en la figura 17-4 se presenta un registro de monitoreo lleno.

Tabla 17-1. Instrucciones para el automonitoreo

Es importante que durante el tratamiento registre **todo** lo que come o bebe, y lo que sucede en ese momento. A esto lo llamamos **automonitoreo** y tiene dos propósitos: primero, proporcionar una imagen detallada de su forma de comer, lo que dirigirá su atención y la del terapeuta a la naturaleza exacta de su problema alimentario; y segundo, al hacerlo más consciente de lo que está haciendo en el momento mismo en que lo realiza, la autosupervisión lo ayuda a cambiar la conducta que antes parecía automática y que estaba fuera de su control. El monitoreo exacto en "tiempo real" es fundamental para el tratamiento y lo ayudará a cambiar.

Al principio puede ser fastidioso e inconveniente anotar todo lo que come, pero pronto se volverá habitual y de valor evidente. Todavía no encontramos a alguien cuyo estilo de vida haga verdaderamente imposible la supervisión. Considere esto como un desafío.

Analicemos la muestra del registro de monitoreo para ver cómo debe hacerse la supervisión. Cada día debe iniciarse un nuevo registro (o registros).

• En la primera columna debe anotar la hora en que come o bebe cualquier cosa, y en la segunda debe registrar la naturaleza del alimento y la bebida que se consumieron. No deben registrarse las calorías, anote una descripción sencilla (no técnica) de lo que comió o bebió. Debe anotarse cada pieza tan pronto como sea posible después de haberla consumido. Registrar lo que comió o bebió algunas horas después de haberlo hecho no funciona, ya que no le ayuda a cambiar su conducta en el momento. Obviamente, si va a hacer un registro de este tipo necesita llevar consigo las hojas de supervisión. No importa si sus registros son desordenados o si la redacción o la ortografía no son buenas. Lo importante es que registre **todo** lo que come o bebe en cuanto sea posible.
• Los episodios de alimentación que usted considere comidas deben identificarse entre corchetes. Los refrigerios y otros episodios de alimentación no deben ponerse entre corchetes.
• En la tercera columna debe especificar dónde consumió la comida o bebida. Si fue en su hogar, debe especificarse la habitación.
• En la cuarta columna debe colocar asteriscos al lado de cualquier episodio de comer o beber que (en el momento) sintiera que fue excesivo. Ésta es su opinión, independientemente de lo que cualquier otra persona podría pensar. Es esencial registrar todo lo que comió durante los "atracones".
• En la quinta columna debe registrar las ocasiones en que vomita (escriba "V") o toma laxantes (escriba "L" y la cantidad tomada) o diuréticos (tabletas diuréticas; escriba "D" y la cantidad tomada).
• La última columna se usa de distintas formas durante el tratamiento. Por el momento debe usarse como un diario para registrar sucesos y sentimientos que hayan influido en su forma de comer. Por ejemplo, debe anotar si una discusión precipitó un atracón o lo llevó a dejar de comer. Intente escribir un breve comentario cada vez que coma y anotar sus pensamientos y sentimientos sobre lo que comió. Quizá desee registrar otros hechos o circunstancias en esta columna, incluso si no tuvieron efecto en su forma de comer. La última columna debe usarse también para registrar su peso (y sus pensamientos al

respecto) cada vez que se pese.

Cada sesión de tratamiento incluirá una revisión detallada de sus últimas hojas de monitoreo. Por lo tanto, debe recordar traerlas consigo.

Nota: Tomado de Fairburn (2008, p. 61). Copyright 2008 por The Guilford Press. Reproducido con autorización. Esta tabla puede descargarse de *www.credo-oxford.com*.

Día... Jueves Fecha... 21 de marzo

Hora	Comidas y bebidas consumidas	Lugar	*	p	Contexto y comentarios
7:30	Vaso de agua	Cocina			[53.5 kilos -realmente gorda] Sedienta después de ayer
8:10	Bagel entero de pasas con canela Queso crema light Café negro	Café	*		Sólo debería comer la mitad del bagel. Hoy no debo comer en exceso
10:35	Medio plátano Café negro	Trabajo, en el escritorio			Mejor -por buen camino
11:45	Pavo ahumado en pan de trigo Mayonesa Light Coca de dieta	Café			Almuerzo usual
6:40 a 7:30	Una rebanada de tarta de manzana 1/2 galón de helado 4 rebanadas de pan tostado con mantequilla de maní Coca de dieta Bagel de pasas 2 rebanadas de pan tostado con mantequilla de maní Coca de dieta Mantequilla de maní del envase Bagel de pasas Barra de Snickers Coca de dieta, grande	Cocina	* * * * * * * *	V	Ayuda -No puedo dejar de comer. Estoy completamente fuera de control. Me odio.
9:30	Pastel de arroz con queso sin grasa Coca de dieta	Cocina		V	Soy repugnante. ¿Por qué hago esto? Empecé en cuanto llegué a casa. Arruiné otro día. Realmente sola. Me siento gorda y fea. Siento que quiero rendirme.

Figura 17-4. Registro de automonitoreo completado. V, vómito. Debe descargar de www.credo.oxford.com un registro de monitoreo en blanco.

No se recomienda el uso de aplicaciones de teléfonos inteligentes para el registro. En la experiencia, la fuente de información que proporcionan es menos abundante y, como

resultado, obstaculizan la terapia.

Para establecer un registro exacto en tiempo real, es fundamental analizar en detalle los registros del paciente, especialmente en la primera sesión, cuando los pacientes los llevan consigo por primera vez. La revisión de los registros debe ser un proceso conjunto en que el paciente guíe cada día al terapeuta por el registro en turno. Hay dos aspectos que deben revisarse en la primera sesión: evaluar la calidad de la supervisión y evaluar la información obtenida sobre los hábitos alimentarios del paciente. En sesiones posteriores, la atención se centra en gran medida en lo que ha sido registrado, aunque el terapeuta debe preguntar en forma intermitente al paciente acerca del proceso de registro y la precisión de los registros. En esas sesiones subsecuentes la revisión de los registros no suele llevarse más de 10 minutos. Los terapeutas deben recordar que mientras hacen esto no deben abordar los problemas identificados, pero sí reconocerlos y ponerlos en la agenda de la sesión.

El cuerpo principal de la Etapa 1

Después de la sesión inicial preparatoria se programan ocho citas, dos veces a la semana. Dos citas semanales son necesarias para construir el momento terapéutico y empezar a incursionar en la perturbada forma de comer del paciente. Una sesión a la semana simplemente no es suficiente para la mayoría de los pacientes. La primera etapa tiene cuatro elementos distintos.

ESTABLECER LA COLABORACIÓN PARA EL PESAJE

La intervención para el pesaje colaborativo tiene varios propósitos. Primero, es probable que los pacientes se sientan ansiosos por los cambios que se produzcan en su peso a medida que vayan cambiando sus hábitos alimenticios durante el tratamiento. El pesaje dentro de la sesión proporciona, semana a semana, buenos datos sobre su peso. Segundo, el pesaje regular dentro de la sesión brinda la oportunidad de que el terapeuta ayude a los pacientes a interpretar el número en la báscula, mismo que de otra manera son proclives a malinterpretar. Tercero, el pesaje colaborativo aborda una forma de chequeo corporal, a saber, el chequeo del peso. Muchos pacientes con trastornos alimentarios se pesan a intervalos frecuentes, en ocasiones muchas veces al día; esto los lleva a preocuparse por las fluctuaciones en el peso que se dan día a día y que de otro modo pasarían inadvertidas. Otros evitan deliberadamente conocer su peso, aunque se mantienen sumamente preocupados al respecto. En general, esos pacientes se pesaban con frecuencia en el pasado, pero cambiaron a la evitación cuando la supervisión frecuente del peso les resultó demasiado aversiva. La evitación del pesaje es tan problemática como el pesaje frecuente, ya que su consecuencia es que deja a los pacientes sin datos que les permitan confirmar o refutar sus temores sobre el aumento de peso.

Los pacientes necesitan aprender la forma de evaluar e interpretar su peso. Se les debe informar que el peso corporal fluctúa a lo largo del día y de un día a otro de acuerdo con su estado de hidratación, la condición de sus intestinos y vejiga, su momento en el ciclo menstrual y otros factores. (Toda esta información puede encontrarse en la segunda

edición de *Overcoming Binge Eating* [Fairburn, 2012]; vea la siguiente sección). El pesaje frecuente provoca preocupación por fluctuaciones sin importancia en su peso que suelen ser malinterpretadas, lo que da lugar a que muchos pacientes limiten lo que comen, cualquiera que sea la lectura de la báscula. La intervención de pesaje colaborativo permite interrumpir este importante proceso de mantenimiento del trastorno.

El pesaje colaborativo implica que terapeuta y paciente verifiquen juntos el peso de este último al inicio de la sesión. Esto se hace una vez a la semana (para saber cómo se procede en el caso de los pacientes que pesan menos de lo normal, consulte la siguiente sección). Terapeuta y paciente registran luego el último dato en una gráfica de peso individualizada e interpretan juntos el patrón emergente, pero en lugar de concentrarse en la última lectura hacen particular hincapié en las tendencias observadas durante las cuatro semanas anteriores. Un elemento crucial de la intervención es que los pacientes no se pesen fuera de esas ocasiones.

A los pacientes se les informa también sobre el IMC, se les dice cuál es su IMC y su importancia desde un punto de vista de la salud. Se les informa que no es conveniente desear alcanzar un peso exacto, ya que eso no permite las fluctuaciones naturales que se dan día a día. Se les recomienda que es mejor aceptar un rango de peso de una magnitud aproximada de seis libras (o tres kilogramos) .

Casi todos los pacientes se sienten ansiosos por los efectos del tratamiento en su peso. Por lo general no hay cambios considerables en el peso de los pacientes con bulimia nerviosa u otros trastornos alimentarios especificados (cuyo peso no es inferior a lo normal). Es importante comunicar a los pacientes que el propósito del tratamiento es darles control sobre su forma de comer, lo que les permitirá adquirir tanto control como sea posible sobre su peso. Es mejor que pospongan la decisión sobre una meta específica del rango de peso casi hasta el final del tratamiento, cuando sus hábitos alimenticios deben haberse estabilizado y ellos estén menos sensibles acerca de su peso y forma. En un momento posterior del tratamiento se les advierte que no es prudente tener una meta de peso (rango) que requiera algo más que una ligera restricción en la dieta ya que estas restricciones mantendrán la preocupación por la comida y la alimentación incrementando el riesgo de un atracón.

EDUCAR AL PACIENTE ACERCA DE LOS PROBLEMAS DE LA ALIMENTACIÓN

Abundan los mitos acerca de la alimentación y el control de peso, y algunos de ellos mantienen el problema alimentario de muchos pacientes. Para garantizar que tienen una fuente confiable de información, se les recomienda leer uno de los libros acreditados sobre los trastornos alimentarios. En el centro se utiliza *Overcoming Binge Eating* porque proporciona toda la información necesaria y es popular entre los pacientes.[5] Además, su orientación corresponde a la terapia cognitivo-conductual mejorada, por lo que es altamente compatible con el tratamiento; de hecho, algunos terapeutas lo utilizan como libro de trabajo para los pacientes a medida que progresan en la terapia cognitivo-conductual mejorada. Debe advertirse que *Overcoming Binge Eating* es relevante para todos los pacientes con trastornos alimentarios, tengan o no atracones, porque no se

limita a revisar los atracones sino que analiza y aborda toda la psicopatología del trastorno alimentario.

Es frecuente proporcionar al paciente una copia del libro; de este modo se asegura de que la tengan exactamente en el momento correcto del tratamiento (por lo general la segunda semana). Se les pide que hagan anotaciones en los márgenes del libro, que coloquen palomitas en las secciones que se les aplican y cruces en las secciones que no, y que coloquen signos de interrogación en las secciones que no entiendan o que deseen analizar. Este procedimiento, al que llamamos **lectura guiada**, permite que los pacientes sean educados de una manera eficiente, rigurosa y personalizada.

ESTABLECER LA "ALIMENTACIÓN REGULAR"

La alimentación regular es fundamental para el éxito del tratamiento, cualquiera que sea la forma del trastorno alimentario. En el caso de los pacientes con atracones, da lugar de manara confiable a una rápida disminución en su frecuencia. En el caso de los pacientes con un elevado nivel de restricciones en la dieta, aborda una forma importante de hacer dieta, la llamada "alimentación demorada", es decir, postergar la alimentación durante el día. Y en el caso de los pacientes muy bajos de peso, introduce comidas y refrigerios regulares cuyo tamaño puede incrementarse subsecuentemente (vea abajo).

La alimentación regular se introduce alrededor de la tercera sesión. Es la primera vez que se pide a los pacientes que cambien la forma en que comen. Existen dos aspectos de la intervención: primero, los pacientes deben comer a intervalos regulares durante el día (por lo regular tres comidas planeadas cada día, además de dos refrigerios planeados); segundo, su alimentación debe limitarse en gran medida a esas comidas y refrigerios. Es necesario enfatizar algunos puntos sobre la intervención:

1. Debe permitirse que los pacientes elijan lo que van a consumir en las comidas y refrigerios planeados. La única condición es que comidas y refrigerios no sean seguidos de vómito, abuso de laxantes o cualquier otra conducta compensatoria.
2. En este punto del tratamiento no debe presionarse a los pacientes para que modifiquen lo que comen, o la cantidad que comen, ya que el resultado suele ser la incapacidad de adoptar el patrón de alimentación regular.
3. Si los pacientes buscan consejo sobre qué comer, se les debe decir que la prioridad es su patrón de alimentación y no lo que comen. No obstante, si quieren orientación, se les debe decir que lo ideal sería que adoptaran una dieta variada con una cantidad mínima de alimentos evitados.
4. Aunque el nuevo patrón de alimentación debe apegarse a las circunstancias o apetito de los pacientes, debe ajustarse para adecuarse a los compromisos cotidianos de los pacientes.
5. Los pacientes deben hacer planes anticipados. Siempre deben saber cuándo van a tener su próxima comida o refrigerio, y rara vez debería darse un intervalo de más de cuatro horas entre las comidas y los refrigerios. Si el día va a ser impredecible, deben planear con tanta anticipación como sea posible e identificar un momento en que

puedan estudiar la situación y, de ser necesario, planear de nuevo el resto del día.

6. Es posible que este patrón deba introducirse en etapas en el caso de pacientes cuyos hábitos alimenticios sean caóticos o altamente restrictivos. Debe decírseles que es posible que sus sensaciones de apetito, hambre y saciedad estén alteradas y que por el momento no deben usarse para decidir lo que comen. Más bien, deben apegarse al patrón acordado de alimentación.

Dos estrategias diferentes pueden ayudar a los pacientes a resistir la tentación de comer entre comidas y refrigerios planeados. La primera es ayudarlos a identificar actividades que sean incompatibles con comer o que lo hagan menos probable. Deben tratar de predecir cuándo es probable que surjan dificultades e intervenir pronto organizando actividades que probablemente los ayuden a apegarse al patrón de alimentación regular. En *Overcoming Binge Eating* se ofrecen recomendaciones sobre la forma de hacerlo. La otra estrategia es muy distinta e implica pedir a los pacientes que se concentren en el impulso de comer, que reconozcan que se trata de un fenómeno temporal y que no tienen que ceder ante él. Eso los ayuda a aprender a descentrarse del impulso y a observarlo en lugar de tratar de eliminarlo. Igual que con los sentimientos de saciedad, descubrirán que el impulso se disipa con el tiempo. Esta última estrategia es difícil para la mayoría de los pacientes, sobre todo en las etapas iniciales del tratamiento. En caso de que deba usarse, es mejor dejarla hasta el final de la terapia cuando los impulsos de comer entre comidas y refrigerios son intermitentes y menos abrumadores.

INVOLUCRAR A OTRAS PERSONAS ALLEGADAS

La terapia cognitivo-conductual mejorada se desarrolló como un tratamiento individual para adultos, por lo que no involucra a otros de manera activa. Pese a ello, se suele ver a "otras personas allegadas" si es probable que ello facilite el tratamiento y si el paciente está dispuesto a permitirlo. El propósito es crear un ambiente óptimo para el cambio del paciente. Existen dos indicaciones específicas para involucrar a otros:

1. Si los otros pueden ayudar a que el paciente haga cambios.
2. Si los otros están dificultando el cambio del paciente, por ejemplo, con comentarios adversos sobre su apariencia o forma de comer.

Por lo general, las sesiones en que participan otras personas allegadas tienen una duración aproximada de 45 minutos y tienen lugar inmediatamente después de una sesión de rutina. Se sostienen tres de esas sesiones con alrededor de tres cuartas partes de nuestros pacientes (como veremos luego, en el caso de los pacientes con muy bajo peso puede haber más de esas sesiones). Por lo regular no se abordan temas distintos al trastorno alimentario. La participación de otros es mucho mayor en el caso de los pacientes adolescentes (Cooper y Stewart, 2008; Dalle Grave *et al.,* 2013).

Etapa 2: Estudiar la situación

La segunda etapa es una transición en el tratamiento y tiene tres propósitos:

1. Realizar una revisión conjunta del progreso.
2. Revisar la formulación, en caso de ser necesario.
3. Diseñar la tercera etapa.

Al mismo tiempo el terapeuta sigue implementando los procedimientos introducidos en la primera etapa. Las sesiones ahora se realizan una vez por semana.

La razón para realizar esta revisión formal del progreso es que se cuenta con evidencia sólida relacionada con distintos trastornos psiquiátricos (Wilson, 1999), entre los que se incluyen la bulimia nerviosa (Fairburn, Agras, Walsh, Wilson y Stice, 2004) y el trastorno por atracones (Masheb y Grilo, 2007), de que el grado de cambio durante las primeras semanas de tratamiento es un importante predictor del resultado. Por consiguiente, si el progreso es limitado, es necesario reconocerlo desde el inicio y buscar la explicación, de modo que puedan hacerse los ajustes necesarios al tratamiento.

Realizar una revisión conjunta del progreso

Es mejor que la revisión del progreso se haga de manera sistemática y que el paciente complete de nuevo el Cuestionario para el Examen del Trastorno Alimentario, la Evaluación del Deterioro Clínico y el instrumento de rasgos psiquiátricos generales; eso permite a paciente y terapeuta revisar la medida del cambio. También puede ser útil revisar los registros de monitoreo del paciente. Además, paciente y terapeuta deben considerar el grado en que este último ha cumplido los diversos elementos del tratamiento.

Por lo general, la visión de los pacientes sobre su progreso es exageradamente negativa, por lo que una tarea importante del terapeuta es ayudarlo a llegar a una valoración equilibrada de lo que ha cambiado y lo que no. Por lo regular, se habrá dado una disminución en la frecuencia de los atracones y las purgas compensatorias, y una mejoría en el patrón de alimentación, mientras que no se habrá dado un cambio en las preocupaciones sobre la forma (lo que en gran medida se debe a que no han sido abordadas).

Una razón importante, y en ocasiones ignorada, por la que el progreso no es tan grande como podría esperarse, es la presencia de depresión clínica. En condiciones ideales, dichas depresiones deberían ser detectadas y tratadas antes de iniciar el tratamiento, pero de manera inevitable algunas no se detectan y otras se desarrollan de cero. Si parece haber una depresión clínica, se trata con medicamentos antidepresivos (Fairburn, Cooper y Waller, 2008a) y considerar la suspensión de la terapia cognitivo-conductual hasta que el paciente haya respondido.

Revisión de la formulación

Es importante revisar la formulación a la luz de lo que se aprendió en la primera etapa. A menudo no está indicado ningún cambio, pero en ocasiones se detectan problemas y procesos que no eran evidentes cuando se creó originalmente la formulación. Por

ejemplo, puede resultar que el ejercicio excesivo fuese un problema mucho mayor de lo que se pensaba. De ser así, debe revisarse la formulación. Además, si el paciente está recibiendo la forma "amplia" de la terapia cognitivo-conductual mejorada, en este punto deben considerarse la contribución del perfeccionismo clínico, la baja autoestima central y las dificultades interpersonales (vea el trabajo de Fairburn, Cooper, Shafran, Bohn Hawker, 2008a).

Diseño de la etapa 3

Por último, la segunda etapa es el momento en que debe diseñarse la etapa siguiente. Es en este momento que el tratamiento se vuelve altamente individualizado. El terapeuta tiene que decidir qué elementos de la tercera etapa serán de mayor relevancia para el paciente y en qué orden deben llevarse a la práctica (véase más adelante).

Etapa 3: Abordar los mecanismos clave de mantenimiento

Ésta es la parte principal del tratamiento. La atención se concentra en los mecanismos clave que mantienen el problema alimentario del paciente. Estos pueden categorizarse bajo seis encabezados:

1. Sobrevaloración de forma y peso
2. Sobrevaloración del control de la alimentación
3. Restricción de la dieta
4. Cambios en la alimentación relacionados con sucesos y estado de ánimo
5. Restricción de la dieta
6. Tener un peso inferior a lo normal

Las contribuciones relativas de esos mecanismos varían de un individuo a otro. Sólo algunos de ellos operan en quienes presentan el trastorno por atracones, mientras que la mayoría de ellos operan en los casos de anorexia nerviosa en que existen atracones y purgas. Aquí se consideran los primeros cuatro. La restricción de la dieta y tener un peso inferior a lo normal se abordan por separado cuando se analizan las adaptaciones requeridas en el caso de quienes tienen muy bajo peso. El orden en que se abordan esos mecanismos depende de su relativa importancia para mantener la psicopatología del paciente y el tiempo que lleve lidiar con ellos. Por lo general es mejor empezar enfrentando las preocupaciones sobre forma y peso porque éste es el mecanismo más complejo y el que requiere más tiempo.

A la vez, el terapeuta debe seguir con la implementación de los procedimientos introducidos en la primera etapa. Si el paciente recibe la forma amplia de la terapia cognitivo-conductual mejorada, se emplearán también uno o más de los módulos adicionales de tratamiento (Fairburn, Cooper, Shafran *et al.,* 2008a).

Abordar la sobrevaloración de forma y peso

En el centro de la mayoría de los trastornos alimentarios se encuentra la "psicopatología

central", la sobrevaloración de forma y peso, es decir, juzgar la valía personal en gran medida, o incluso en forma exclusiva, en términos de forma y peso y de la capacidad de controlarlos. Como se describió antes, la mayor parte de las otras características de esos trastornos son secundarias a esta psicopatología y sus consecuencias. Esta psicopatología ocupa un lugar central en la formulación de la mayoría de los pacientes y es un blanco importante del tratamiento. La experiencia clínica y la evidencia empírica sugieren que, a menos que este trastorno se aborde con éxito, el riesgo de recaída de los pacientes es considerable. Existen cinco aspectos en este proceso:

1. Identificar la sobrevaloración y sus consecuencias
2. Desarrollar dominios autoevaluativos marginados
3. Abordar el chequeo corporal
4. Abordar la evitación del cuerpo
5. Abordar el hecho de "sentirse gorda/o"

Fuera del aspecto inicial, no se introducen necesariamente en este orden. Además, hacia el final de la tercera etapa es importante desarrollar en el paciente habilidades para lidiar con los contratiempos.

IDENTIFICACIÓN DE LA SOBREVALORACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS

El punto de partida es educar al paciente respecto con la noción de autoevaluación. El terapeuta lo ayuda luego a identificar su esquema de autoevaluación. Por último, se analizan las implicaciones de este esquema y se desarrolla un plan para abordar las expresiones de la sobrevaloración. Como es común que los terapeutas no estén seguros de cómo sacar a colación el tema de la autoevaluación, la guía completa de tratamiento proporciona un diálogo detallado que demuestra la manera de explicar esta situación a los pacientes.

De manera breve, el terapeuta empieza por explicar que la mayoría de la gente tiende a juzgarse con base en el cumplimiento de estándares personales en las áreas de la vida que valora. Luego se le ayuda a generar una lista de áreas de su vida que contribuyen de manera importante a su autoevaluación. Casi en todos los casos la lista incluirá la apariencia y quizá también el control de la alimentación. El terapeuta pasa luego a explorar la relativa importancia de esos dominios de autoevaluación; la clave de su relativa importancia es la magnitud (en términos de intensidad y duración) de la respuesta del paciente a las cosas que van mal en esa área. Esto permite ordenar las distintas áreas de la vida incluidas en la lista y representarlas por medio de una gráfica de pastel que terapeuta y paciente dibujan juntos. En la figura 17-5 se presenta la gráfica de pastel de una persona sin un trastorno alimentario, la cual puede compararse con la gráfica típica de alguien con un problema de la alimentación (figura 17-6) en que hay una "rebanada" grande que representa la sobrevaloración de forma y peso.

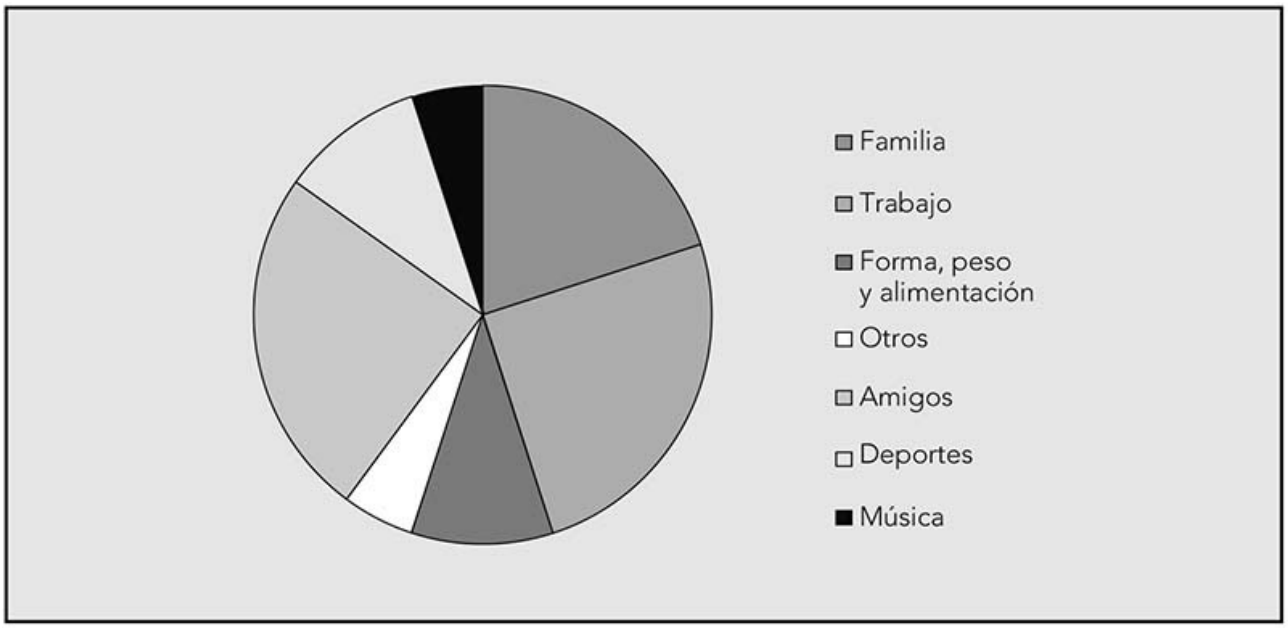


Figura 17-5. La gráfica de pastel de una joven sin un problema alimentario. Tomado de Fairburn (2008, p. 99). Copyright 2008 por The Guilford Press. Reproducido con autorización.

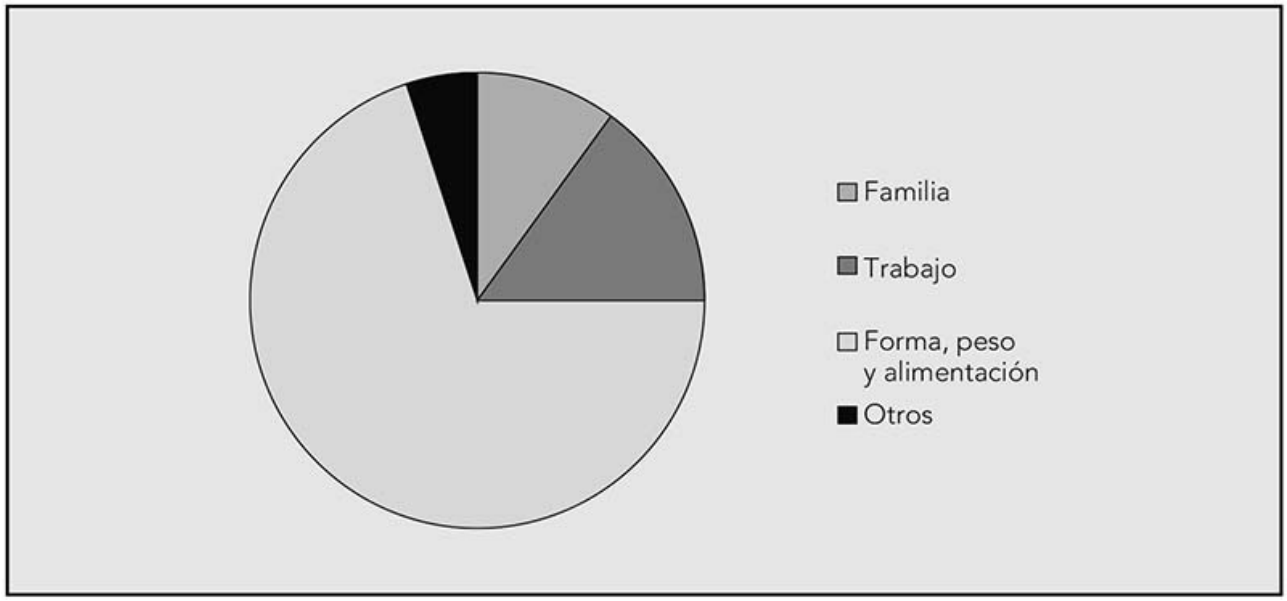


Figura 17-6. Gráfica de pastel de una joven con un problema alimentario. Tomado de Fairburn (2008, p. 98). Copyright 2008 por The Guilford Press. Reproducido con autorización.

Es útil que el paciente revise su gráfica de pastel en varias ocasiones antes de la siguiente sesión, de modo que pueda ser analizada más a fondo y ajustada según se requiera. Por lo general, cualquier revisión implica aumentar el tamaño de la rebanada

que representa la importancia de forma y peso.

El siguiente paso es pedir al paciente que considere las implicaciones de su esquema para la autoevaluación (según lo representado en la gráfica de pastel) y que reflexione sobre si podría existir algún problema inherente a dicho esquema. Esta discusión por lo general da lugar a la identificación de tres problemas principales:

1. Tener una gráfica de pastel con una rebanada dominante es "riesgoso". Una rebanada dominante hace a la gente particularmente vulnerable a cualquier cosa que amenace su capacidad para cumplir sus estándares personales en el área involucrada.
2. Juzgarse en gran medida con base en la apariencia es particularmente problemático porque este aspecto de la vida sólo puede controlarse en un grado limitado. Por lo que tiene como resultado que la persona se sienta fracasada en ocasiones.
3. Dar gran importancia a forma y peso lleva a la gente a hacer dieta, y en el caso del paciente, eso mantiene su problema alimentario.

Esta discusión lleva en forma natural al paso final en el examen de la autoevaluación, a saber, la creación de una formulación que incluya las consecuencias de la sobrevaloración (la **formulación extendida**). El terapeuta empieza por preguntar al paciente lo que hace, o experimenta, como resultado de la importancia que concede a forma y apariencia. La meta es derivar una figura similar a la presentada en la figura 17-7, donde el terapeuta agrega las flechas de retroalimentación hacia arriba y explica que esas consecuencias de la sobrevaloración también la mantienen.

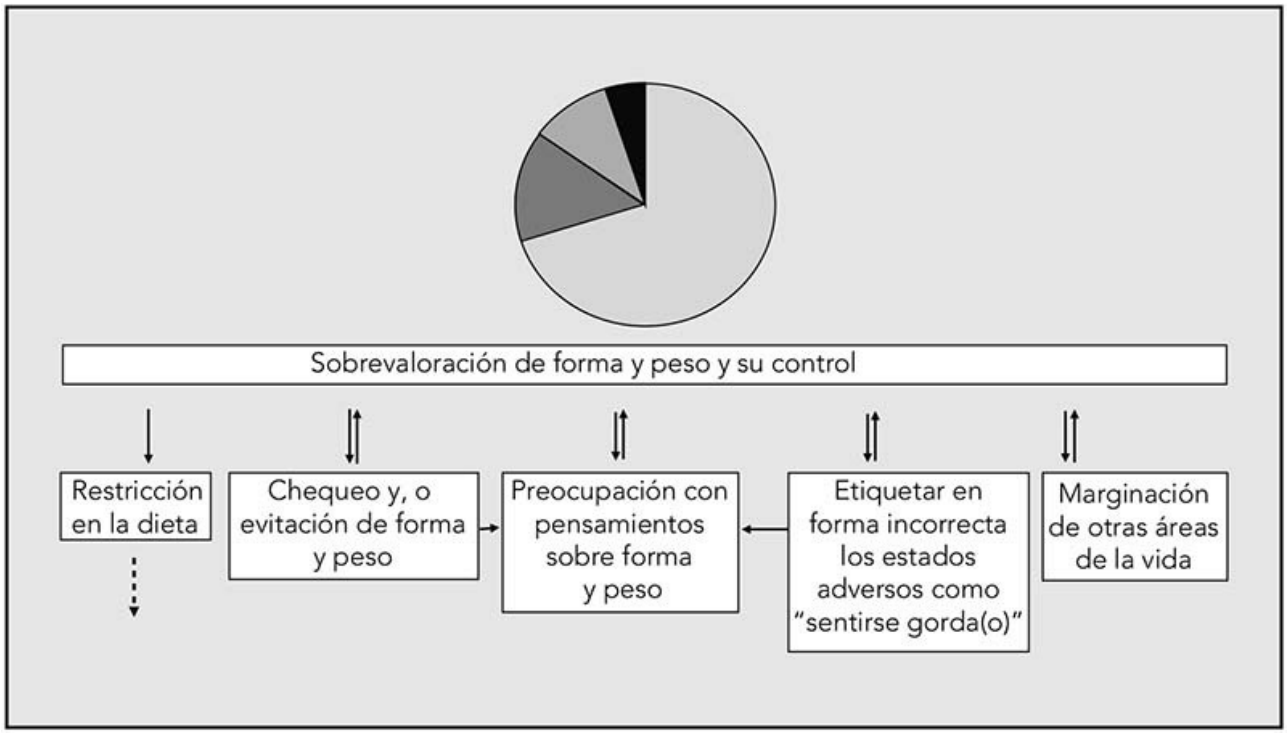


Figura 17-7. La sobrevaloración de forma y peso: una formulación "extendida". Tomado

de Fairburn (2008, p. 101). Copyright 2008 por The Guilford Press. Reproducido con autorización. La figura puede descargarse de *www.credo-oxford.com*.

Hecho lo anterior, es necesario que el terapeuta elabore con el paciente un plan para abordar las preocupaciones relacionadas con forma y peso, con dos estrategias dominantes:

1. Desarrollar nuevos dominios para la autoevaluación.
2. Reducir la importancia asignada a forma y peso.

Las dos son importantes y se complementan entre sí.

DESARROLLO DE DOMINIOS MARGINADOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN

Enfrentar las expresiones de la sobrevaloración de forma y peso disminuye gradualmente la extensión de la sobrevaloración. La "rebanada" de la gráfica de pastel que se relaciona con forma y peso empieza a contraerse. Pero, al mismo tiempo, es más importante aumentar la cantidad y relevancia de otros dominios para la autoevaluación a fin de disminuir la relativa importancia de forma y peso. Para conseguirlo, es necesario que los pacientes empiecen a participar activamente en otros aspectos de la vida. En este proceso existen seis pasos que deben ser un tema central durante el resto del tratamiento:

1. Explicar la lógica de desarrollar nuevos dominios para la autoevaluación.
2. Ayudar al paciente a identificar nuevas actividades que puedan ser interesantes.
3. Llegar a un acuerdo sobre una o posiblemente dos actividades que pueda intentar el paciente.
4. Asegurarse de que el paciente en realidad intenta realizar la actividad identificada, usando un enfoque de solución de problemas (que se describe más adelante en el capítulo).
5. Revisar el progreso cada semana, situación en que el terapeuta debe ofrecer aliento y ayuda.
6. Al mismo tiempo, enfocarse directamente en la sobrevaloración que hace el paciente de forma y figura, empezando por lo regular con el chequeo corporal, que suele ser de gran importancia para mantener las preocupaciones del paciente.

ABORDAR EL CHEQUEO CORPORAL

Sólo recientemente se apreció la importancia del chequeo y evitación del cuerpo. La razón es muy sencilla: pocos clínicos sabían sobre ella, lo que se debe a que los pacientes no revelan la conducta a menos que se les pregunte, y muchos ni siquiera están conscientes de ella.

El primer paso es proporcionar información sobre el chequeo corporal, la evitación del cuerpo y sus consecuencias, enfatizando los siguientes dos puntos:

1. Todos checamos nuestro cuerpo en cierta medida, pero muchas personas con problemas alimentarios lo hacen de manera repetida e inusual. Ese chequeo puede convertirse en una "segunda naturaleza", por lo que los pacientes pueden no estar conscientes de que lo hacen. En la gente con problemas alimentarios este chequeo puede mantener la insatisfacción con la apariencia.
2. Algunas personas con problemas alimentarios evitan ver su cuerpo y también les desagrada que otros lo vean. Por lo regular, esas personas se involucraron en el pasado en el chequeo corporal, pero cambiaron a la evitación porque el chequeo repetido se volvió intolerable. La evitación del cuerpo es problemática porque permite que las preocupaciones y temores sobre forma y apariencia persistan en ausencia de cualquier información exacta. Por consiguiente, también necesita ser enfrentada.

El terapeuta necesita averiguar luego el tipo de chequeo y evitación que practica el paciente. Para este propósito puede usarse un registro específico de monitoreo (vea www.credo-oxford.com). Como el registro del chequeo corporal es sumamente angustiante para algunos pacientes, es mejor pedirles que lo hagan sólo durante dos periodos de 24 horas, uno en un día laboral y otro en un día fuera del trabajo. Es de utilidad advertirles que si bien puede ser angustiante, brindará información necesaria para superar su trastorno alimentario. Es común que los pacientes queden sorprendidos por la frecuencia con que verifican su cuerpo.

Una vez que se identificaron varias formas de chequeo corporal de los pacientes, se dividen luego en dos grupos de acuerdo a si son "normativas".

Formas inusuales de chequeo corporal. Es mejor detener por completo las formas inusuales de chequeo corporal. Algunos ejemplos incluyen medir las dimensiones de ciertas partes del cuerpo y fotografiarse. Los pacientes usualmente pueden lograrlo si se les ofrece una buena explicación de la lógica y se les brinda apoyo. Deben enfatizarse dos puntos:

1. El chequeo corporal por lo general implica concentrarse en aspectos de la apariencia que nos disgustan, y eso suele tener efectos adversos.
2. Detener las formas inusuales de chequeo por lo general se experimenta (después de una semana o algo así) como un alivio.

Abordar formas más normativas de chequeo corporal. En el caso de las formas más normativas de chequeo corporal es necesario adoptar una estrategia diferente. Aquí el problema es la frecuencia de la verificación, la forma en que se hace y las interpretaciones que hacen los pacientes de lo que encuentran. El terapeuta debe ayudarlos a considerar las siguientes preguntas cada vez que estén a punto de verificarse:

- ¿Qué tratan de averiguar?
- ¿Checarse de esta manera les proporciona la información que están buscando?
- ¿Ese chequeo podría tener efectos adversos?

El uso del espejo merece particular atención porque los espejos tienen el potencial de proporcionar información engañosa, aunque altamente creíble, y como resultado es probable que jueguen un papel importante en el mantenimiento de la insatisfacción de muchos pacientes con su cuerpo. Por consiguiente, es importante la educación sobre los espejos y su uso. Un punto a enfatizar es que los defectos aparentes que normalmente pasarían inadvertidos se convierten en el centro de atención cuando la gente estudia en detalle aspectos de su apariencia que le disgustan. Otro es que el escrutinio tiende a magnificar los defectos aparentes. Por lo tanto, es necesario que los pacientes cuestionen el uso que hacen de los espejos ya que son el medio principal para decidir cómo nos vemos. Los espejos son útiles para maquillarse, cepillarse o peinarse, afeitarse, entre otros. Los espejos de cuerpo entero son útiles para ver si la ropa combina. Pero el terapeuta debe preguntar a los pacientes si hay razón para verse desnudos en un espejo de cuerpo entero. Si ya están insatisfechos con su apariencia, es probable que actuar así incremente el desagrado por su forma a través del proceso de magnificación que se mencionó. Esto no quiere decir que se recomiende la evitación total de los espejos; más bien, lo que se aconseja (por el momento) es restringir su uso con los propósitos mencionados antes.

Otra forma de chequeo corporal que mantiene activamente la insatisfacción con la forma implica la comparación de uno mismo con otras personas. La naturaleza de esas comparaciones por lo general lleva al paciente a concluir que su cuerpo no es atractivo en relación con los cuerpos de otros. Como se mencionó, la valoración que hace el paciente de su forma a menudo implica el escrutinio y atención selectiva a las partes del cuerpo que le desagradan. Dicho escrutinio suele dar lugar a la magnificación de los defectos percibidos mientras que la atención selectiva incrementa la insatisfacción general con la forma. En contraste, la evaluación que hacen los pacientes de otros es muy diferente. Tienden a hacer juicios superficiales y a menudo no críticos de otras personas. Además, cuando hacen esas comparaciones suelen elegir un grupo de referencia sesgado, conformado por lo general por personas que son delgadas y atractivas.

Los pasos involucrados al abordar las comparaciones son los siguientes:

1. El terapeuta ayuda al paciente a identificar cuándo y cómo hace las comparaciones.

2. Una vez que se obtuvo esta información, el terapeuta lo ayuda a considerar si la comparación lleva un sesgo inherente en términos de la persona elegida y la manera en que se evaluó su forma. Vale la pena destacar dos puntos:

- El chequeo corporal proporciona a los pacientes una perspectiva de su cuerpo que es difícil, si no es que imposible, obtener del cuerpo de alguien más. Por ejemplo, lo que ven cuando se observan en el espejo es muy diferente a lo que ven cuando observan a otra persona.
- No es conveniente compararse con personas que se presentan en los medios (modelos, estrellas de cine y otras celebridades) porque no son un subgrupo representativo y es muy factible que sus imágenes hayan sido manipuladas.

3. La asignación de algunas tareas suele complementar esas discusiones; por ejemplo, puede pedirse a los pacientes que muestren una actitud científica cuando eligen a alguien con quien compararse. En lugar de elegir a gente delgada, el terapeuta puede pedirles que elijan a cada tercera persona (de su edad y género) que pasa por una calle concurrida. También pueden experimentar escudriñando los cuerpos de otras personas. Una manera de hacerlo es que el paciente vaya a un vestidor (p. ej., de una piscina o gimnasio), elija a alguien más o menos de la misma edad y género que a primera vista parezca atractiva, para luego escudriñar su cuerpo de manera discreta, enfocándose exclusivamente en las partes hacia las cuales es personalmente más sensible. Lo que los pacientes descubren es que incluso las personas atractivas tienen imperfecciones que se hacen evidentes al escudriñarlas.

4. Asumiendo que la comparación que hace el paciente está sesgada (como suele ser casi invariablemente), el terapeuta debe explorar las implicaciones de este sesgo en términos de la validez de las opiniones del paciente en relación con su apariencia. La meta es que los pacientes tomen consciencia de que sus chequeos y comparaciones han arrojado información engañosa acerca del cuerpo de otras personas y de su propio cuerpo.

En este caso la "exposición" es la estrategia a seguir en su sentido técnico y literal. Los terapeutas deben ayudar a los pacientes a acostumbrarse a la vista y sensación de su cuerpo y a aprender a hacer comparaciones justas con el de otros. Necesitan acostumbrarse a ver su cuerpo y dejar que otros lo vean también. Es necesario que eliminen gradualmente la tendencia a vestirse y desvestirse en la oscuridad, y que dejen poco a poco la ropa holgada que disfraza su forma. A este respecto puede ser útil participar en actividades que implican cierto grado de exposición del cuerpo (p. ej., natación). Dependiendo de la magnitud del problema, enfrentar la evitación del cuerpo puede llevarse muchas sesiones sucesivas. Dado que existe el riesgo de que el paciente regrese al chequeo corporal repetido, el terapeuta debe ayudarlo a adoptar formas normativas y no riesgosas de chequeo.

ABORDAR EL HECHO DE "SENTIRSE GORDA(O)

"Sentirse gorda(o)" es una experiencia que reportan muchas mujeres, pero la intensidad y frecuencia de este sentimiento parece ser mucho mayor entre personas con trastornos alimentarios. Se trata de un blanco importante para el tratamiento toda vez que tiende a ser equiparado con el hecho de estar gordo, cualquiera que sea el peso o forma real de la persona. Por tanto, sentirse gorda(o) no es sólo una expresión de preocupación excesiva por la forma y el peso, sino que también la mantiene.

El hecho de sentirse gorda(o) casi no se ha investigado y se ha escrito poco al respecto. Lo que es sorprendente es que tiende a fluctuar de manera marcada de un día a otro e incluso en el mismo día. Esto es muy diferente a muchos otros aspectos de la psicopatología central de esos pacientes, que suele ser relativamente estable. Se tiene la impresión de que en la gente con trastornos alimentarios, el hecho de sentirse gorda(o) es resultado de etiquetar de manera incorrecta ciertas emociones y experiencias corporales. Es muy importante enfatizar que hay una gran diferencia entre "sentirse gorda(o)" y "estar gorda(o)", aunque pueden ocurrir al mismo tiempo. A muchas personas con obesidad no les molesta sentirse gordas, a pesar de estar insatisfechas con su forma, pero algunas están insatisfechas de la misma manera que las personas con un trastorno alimentario. Dado que la sensación de gordura contribuye al mantenimiento de la insatisfacción con su cuerpo, es esencial que esto se aborde también en esos pacientes.

En general, es mejor enfocarse en la sensación de gordura una vez que se ha iniciado la incursión en el chequeo y la evitación corporal, pero esto no es invariablemente así. En los pacientes en que la sensación de gordura es un rasgo destacado, es aconsejable abordarlo antes de enfrentar el chequeo y evitación del cuerpo.

Existen cinco pasos para abordar el hecho de "sentirse gorda(o)":

1. El terapeuta debe explicar primero que "sentirse gorda(o)" no debe igualarse con el hecho de "estar gorda(o)", y que el sentimiento de gordura puede enmascarar otros sentimientos o sensaciones que ocurren al mismo tiempo.

2. Debe pedirse a los pacientes que registren los momentos en que tienen sentimientos de gordura particularmente intensos. Esto puede hacerse como parte del proceso normal de registro, usando para este propósito la columna a mano derecha. Esto requiere un registro exacto en tiempo real. Cuando los pacientes registran que se sienten gordos, también deben pensar (y registrar) que otra cosa sienten en ese momento.
3. Una vez que los pacientes dominaron esto, deben hacerse dos preguntas cada vez que se sientan gordos:
   • ¿Qué sucedió en la última hora que pudo haber desencadenado este sentimiento?
   • ¿Qué otra cosa estoy sintiendo justo ahora?
4. Por lo general resulta que las experiencias de sentirse gorda(o) del paciente son desencadenadas por la ocurrencia de ciertos estados de ánimo negativos o sensaciones físicas que aumentan la consciencia del cuerpo. Entre los ejemplos de esos dos tipos de estímulo están los siguientes:
   • Sentirse aburrido, deprimido, solo o cansado.
   • Sentirse lleno, hinchado o sudoroso; sentirse tambaleante o que los muslos se rozan; sentir la ropa muy apretada.
5. En las semanas subsecuentes los pacientes deben continuar con este registro cada vez que tengan sentimientos intensos de gordura. Además, deben abordar cualquier problema oculto (p. ej., la sensación de aburrimiento) usando el enfoque de solución de problemas (que se describe más adelante en este capítulo). A algunos pacientes ya se les enseñó la solución de problemas en el contexto de abordar los cambios en la alimentación que son desencadenados por algún evento. Para otros, es necesario introducir el método en este momento. En lo que respecta a enfrentar la respuesta de los pacientes a la mayor consciencia de su cuerpo, los terapeutas deben ayudarlos a entender que el problema no estriba tanto en las sensaciones, sino en su interpretación negativa de las mismas.

Abordar el hecho de sentirse gordo por lo general se lleva muchas semanas y será un elemento recurrente en la agenda de la sesión. Lo que suele suceder es que la frecuencia e intensidad del hecho de sentirse gorda(o) disminuye progresivamente, y que cambia la "relación" con la experiencia de modo que deja de equipararse con el hecho de sentirse así. Este cambio metacognitivo es importante ya que, una vez que se presenta, la sensación de gordura deja de mantener la insatisfacción con el cuerpo.

Abordar la limitación de la dieta y la evitación de la comida

Hacer dieta es uno de los rasgos más destacados de los pacientes con trastornos alimentarios. Una meta importante del tratamiento es reducir, si no es que eliminar del todo, la fuerte tendencia de esos pacientes a hacer dieta. Como se observó, los intentos por limitar la alimentación (la **limitación de la dieta**) pueden tener éxito o no. Es decir, está lejos de ser inevitable que den lugar a una verdadera alimentación insuficiente en términos fisiológicos (**restricción de la dieta**) y a la pérdida de peso. Esta sección se enfoca en el tratamiento de la limitación y las reglas de la dieta; el tema de la restricción

de la dieta se aborda en una sección posterior sobre el tratamiento de las personas con un peso demasiado bajo.

La limitación de la dieta en pacientes con trastornos alimentarios es extrema en intensidad y rígida en forma. Esos pacientes se imponen múltiples reglas dietéticas que son muy exigentes y que atañen al momento en que comen (p. ej., no antes de las 6:00 PM), cuánto deben comer (p. ej., menos de 600 kcal por día) y, muy especialmente, lo que deben comer, situación en que la mayoría de los pacientes tienen una gran cantidad de alimentos que intentan evitar (**evitación de la comida**). Muchos tratan de acatar los tres tipos de reglas dietéticas, lo que hace que su alimentación resulte inflexible y de naturaleza restringida. Pese a ello, los pacientes suelen valorar la limitación de la dieta y es común que no tengan idea de sus efectos adversos.

Cuando se aborda la limitación de la dieta, un primer paso importante es que el terapeuta ayude a los pacientes a entender que sus dietas son realmente un problema. Para ello puede hacerse referencia a su formulación, que en la mayoría de los casos demuestra que sus dietas juegan un papel primordial en el mantenimiento de su problema alimentario. De ser ese el caso, debe ser enfrentado para superar el problema. Segundo, su dieta puede tener muchos efectos adversos en su vida cotidiana, los cuales pueden descubrirse mediante el uso de la Evaluación del Deterioro Clínico (Bohn y Fairburn, 2008); por ejemplo, puede excluir las comidas fuera, puede provocar tensión sobre los horarios de comida, y puede causar preocupación con pensamientos sobre comida y alimentación.

Una vez que se ha acordado que la limitación de la dieta es un problema, es necesario que terapeuta y paciente identifiquen las distintas reglas dietéticas que están operando. Muchas serán evidentes en esta etapa del tratamiento. Los principios que subyacen al abordaje de esas reglas son los siguientes:

1. Identificar una regla específica y lo que la motiva.
2. Explorar con el paciente las consecuencias probables de romper la regla. Los pacientes pueden creer que romper la regla dará lugar a que aumenten de peso o que invariablemente dará pie a los atracones.
3. Elaborar un plan con el paciente para romper la regla en cuestión a fin de explorar las consecuencias de hacerlo, y ayudarlo a llevar ese plan a la práctica.
4. Analizar las implicaciones de la ruptura planeada de la regla.
5. Planear otras ocasiones en que se rompa la misma regla, hasta que ésta deje de tener importancia.

En el caso de los pacientes que presentan atracones es importante prestar particular atención a la evitación de la comida, para lo cual deben identificar primero los alimentos que están siendo evitados. Una buena forma de hacerlo es pedir a los pacientes que visiten un supermercado local y anoten todos los alimentos que no querrían comer por su posible efecto en su forma o peso, o porque temen que comerlos desencadene un atracón. Paciente y terapeuta deben ordenar esos alimentos (que por lo general incluyen

40 productos o más) de acuerdo con la dificultad que podría experimentar el paciente para comerlos. Debe ayudarse a los pacientes a introducir esos alimentos de manera progresiva en su dieta, empezando con los más sencillos para avanzar gradualmente a los más difíciles. La cantidad consumida no es importante, aunque la meta final es que el paciente sea capaz de comer cantidades normales con impunidad. La introducción sistemática de los alimentos evitados debe continuar hasta que la idea de consumirlos deje de provocar ansiedad entre los pacientes. Esta tarea suele llevarse el resto del tratamiento y en ocasiones incluso más tiempo.

Otras reglas dietéticas deben ser enfrentadas de manera similar, centrando la atención tanto en la creencia que mantiene la regla como en la ruptura de la regla en sí. Es especialmente importante abordar reglas que interfieren con la alimentación social.

Abordar los cambios en la alimentación relacionados con eventos y con el estado de ánimo

Los hábitos alimenticios de los pacientes con trastornos alimentarios pueden cambiar en respuesta a sucesos externos y estados de ánimo, sobre todo en los atracones. Entre los distintos mecanismos involucrados se encuentran los siguientes:

- Tener atracones, vomitar o ambas cosas para afrontar los sucesos negativos o los estados de ánimo adversos. Los atracones tienen dos propiedades relevantes: distraen al paciente y alejan su mente de los pensamientos aversivos, y tienen un efecto modulador del estado de ánimo disminuyendo los estados de ánimo intensos. La última propiedad también se aplica al vómito y el ejercicio intenso.
- Comer menos o dejar de comer para obtener un sentido de control personal cuando los sucesos externos parecen estar fuera del control del paciente. Esto se ve más a menudo en los pacientes con muy bajo peso.
- Comer poco para influir en otros, por ejemplo, puede ser una forma de exhibir sentimientos de angustia o enojo o puede ser un acto de desafío.

Si en la tercera etapa los eventos y estados de ánimo parecen contribuir al mantenimiento del trastorno alimentario, es necesario evaluar esta contribución y seguramente deberá ser abordada con la meta de ayudar a los pacientes a lidiar de manera eficaz y directa con los sucesos y estados de ánimo sin influir en su alimentación. En la mayoría de los pacientes, el primer paso es identificar esos cambios en la alimentación por medio del registro en tiempo real, y en la siguiente sesión revisar en detalle uno o más ejemplos en un intento de identificar los desencadenantes involucrados. Luego debe entrenarse al paciente en una variante de la técnica cognitivo-conductual estándar de solución de problemas llamada “solución de problemas proactiva”. El rasgo distintivo de esta aproximación es su énfasis en la identificación temprana de los problemas. Esto se describe en detalle en la guía completa de tratamiento y también se revisa desde la perspectiva del paciente en *Overcoming Binge Eating*. Si el método se enseña bien, resulta notablemente eficaz en

la mayoría de los casos. La excepción son los pacientes a quienes les resulta difícil tolerar estados de ánimo que involucran activación. Esos pacientes (que suelen atraer el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad) presentan lo que se llama **intolerancia al estado de ánimo**, y si bien pueden beneficiarse de la solución de problemas proactiva, necesitan ayuda más directa para afrontar sus estados de ánimo. Para este fin se usa una aproximación que se traslapa con elementos de la terapia conductual dialéctica (Linehan, 1993) y que se describe en la guía de tratamiento.

Contratiempos y mentalidades

La psicopatología central de los trastornos alimentarios puede considerarse como una **mentalidad** o marco mental. Aunque en condiciones normales el **orden mental** varía según las circunstancias cambiantes, en la gente con trastornos alimentarios tiende a quedar atrapado y la mente de los pacientes es dominada persistentemente por pensamientos relacionados con el trastorno alimentario. Da lugar a que los pacientes filtren estímulos internos y externos de una manera distintiva; conduce a las formas de conducta características de los trastornos alimentarios; y tiene como resultado que se asigne de manera errónea la etiqueta de "sentirse gorda(o)" a diversas experiencias físicas y emocionales.

Las estrategias cognitivo-conductuales usadas en la terapia cognitivo-conductual mejorada fueron diseñadas para abordar las características centrales de los trastornos alimentarios y, lo que es más importante, los procesos que los mantienen. En los pacientes cuyo progreso es bueno esos mecanismos se deterioran gradualmente durante la tercera etapa, con el resultado de que su lugar empieza a ser ocupado por mentalidades más sanas y situacionalmente más apropiadas, aunque al principio de manera temporal. Dichos cambios en la mentalidad por lo general se hacen evidentes en el último tercio del tratamiento. Los pacientes los reportan con sorpresa, usando afirmaciones como "¡La noche del domingo me olvidé de que tengo un trastorno alimentario!" Al principio la mentalidad del trastorno alimentario es proclive a regresar a su lugar a la menor provocación (p. ej., una amiga que habla de una dieta que acaba de empezar) y con ella regresan la conducta, los pensamientos y sentimientos del trastorno alimentario del paciente. Esos "contratiempos" pueden escalar fácilmente a una recaída completa a menos que se corten en seco de inmediato. Por lo tanto, es importante plantear el tema de las mentalidades en esta etapa del tratamiento, con el fin de que los pacientes aprendan a percatarse del regreso de la mentalidad del trastorno alimentario mediante la detección de los primeros cambios característicos en su conducta. Una vez que pueden hacerlo, también pueden aprender la manera de "expulsar" la mentalidad, impidiendo de ese modo que quede establecida. Es de gran valor practicar el reconocimiento del regreso de la mentalidad y la forma eficaz de lidiar con ella, ya que esta habilidad (intervenir muy pronto al inicio de un contratiempo) puede explicar la baja tasa de recaídas que sigue a la terapia cognitivo-conductual mejorada. Por lo tanto es útil que los pacientes experimenten contratiempos ocasionales al final del tratamiento porque eso les da la oportunidad de usar estrategias y procedimientos mientras sigue en tratamiento. En la

guía se proporcionan detalles completos de cómo ayudar a los pacientes a manipular su mentalidad y manejar los contratiempos.

Etapa 4: Terminar bien

Ésta es la etapa final del tratamiento. En el caso de los pacientes que reciben 20 sesiones de tratamiento abarca tres sesiones durante cinco semanas (es decir, las sesiones se llevan a cabo cada dos semanas) y tiene dos grandes propósitos:

1. Asegurar que los cambios logrados en el tratamiento se mantengan y pueda construirse sobre ellos.
2. Minimizar el riesgo de recaídas en el futuro.

Al mismo tiempo, los pacientes descontinúan la autosupervisión y pasan del pesaje dentro de la sesión a pesarse en casa.

Asegurar que se mantengan los cambios logrados en el tratamiento

El primer paso es revisar en detalle el progreso del paciente y los problemas que restan. Esto puede hacerse de manera muy parecida a lo que se hizo en la segunda etapa, usando como guía el Cuestionario para el Examen del Trastorno Alimentario y la Evaluación del Deterioro Clínico. Luego, dependiendo de los problemas que persistan, terapeuta y paciente elaboran en conjunto un plan específico de corto plazo que el paciente debe seguir hasta la cita de revisión, posterior al tratamiento, en cinco meses. Por lo general, esto incluye trabajar más en el chequeo corporal y la evitación de la comida, así como animar al paciente a mantener los esfuerzos por desarrollar nuevos intereses y actividades.

Minimizar el riesgo de recaídas en el futuro

Las recaídas no son fenómenos de todo o nada. Ocurren de manera gradual y pueden empezar como un "tropezón" o contratiempo que luego se afianza. Por lo común, el resbalón implica la reanudación de la limitación en la dieta, desencadenada a menudo por un suceso adverso relacionado con la forma (p. ej., un comentario crítico, sentir la ropa más apretada de lo usual). En los pacientes que eran propensos a los atracones, este regreso a la limitación de la dieta puede dar lugar a un episodio de atracón por medio de los mecanismos descritos antes, que a su vez favorecen una limitación aún mayor en la dieta, aumentando así el riesgo de más episodios de atracones. Al cabo de unos días, la mayoría de los aspectos del trastorno alimentario pueden haber regresado. La reacción del paciente a esta secuencia de eventos es crucial para determinar lo que suceda. Si se detecta a tiempo, como se analizó antes, es relativamente fácil intervenir, pero si no es así, se vuelve progresivamente más difícil lidiar con el contratiempo.

Para minimizar el riesgo de recaídas a largo plazo, es necesario que el terapeuta haga lo siguiente:

1. *Educar al paciente acerca del riesgo de recaídas, resaltando los desencadenantes comunes y la probable secuencia de eventos en el caso del paciente.* Algunos pacientes tienen la tendencia a esperar que jamás tendrán de nuevo un problema alimentario. Esto es especialmente común entre quienes dejaron de tener atracones, pero también se observa en otros pacientes. Sin arrojar una luz negativa en las esperanzas de los pacientes para el futuro, los terapeutas deben asegurarse de que las expectativas de los pacientes sean realistas; de otro modo existe el riesgo de que estos no tomen en serio la necesidad de elaborar un "plan de mantenimiento". También serán vulnerables a reaccionar de manera negativa a cualquier contratiempo que surja. Los pacientes deben aprender a ver su trastorno alimentario como su talón de Aquiles; es decir, sus respuestas al estrés en general y ante ciertos desencadenantes.
2. *Enfatizar la importancia de detectar los problemas de manera oportuna, antes de que se arraiguen.* Con esto en mente, terapeuta y paciente deben identificar señales tempranas de advertencia de una recaída inminente. Para los pacientes proclives a los atracones o a las purgas, esas formas de conducta ocurren temprano en el curso de cualquier revés y es fácil advertirlas. Los pacientes cuyo trastorno alimentario se caracterice principalmente por la restricción de la dieta pueden necesitar ayuda para identificar los indicios amenazantes.
3. *Construir con el paciente un plan de acción (un "plan de mantenimiento a largo plazo" por escrito y de manera personalizada) para usar en el caso de que surjan problemas en el futuro.* Existen dos elementos importantes: enfocarse en el problema alimentario emergente y corregirlo, y abordar el desencadenante del contratiempo. En general, el primero se logra haciendo lo que se aprendió en el tratamiento (hacer lo correcto), siguiendo posiblemente la guía de *Overcoming Binge Eating,* mientras que el segundo se logra por medio de la solución de problemas.
4. *Analizar cuándo debe el paciente buscar más ayuda.* Es importante que los pacientes busquen más ayuda en caso de necesitarlo. La estrategia descrita antes debe regresar a los pacientes al buen camino en unas cuantas semanas. Si después de algunas semanas de tratar de corregir las cosas, el problema no se ha resuelto, se sugiere que el paciente debe buscar ayuda externa.

Terminar o extender el tratamiento

Es inusual que la terapia cognitivo-conductual mejorada no termine de acuerdo con lo planeado. En la medida que los pacientes hayan llegado al punto en que los mecanismos centrales de mantenimiento hayan sido interrumpidos, el tratamiento puede y debe terminar. De otro modo, pacientes (y terapeutas) pueden atribuir la mejoría a la continuación de la terapia más que a la solución natural del trastorno alimentario. En la práctica, esto significa que es aceptable terminar el tratamiento con pacientes que hasta cierto punto siguen haciendo dieta, que ocasionalmente presentan atracones y vómito, y que tienen preocupaciones residuales sobre forma y peso.

En ocasiones existen elementos para extender el tratamiento. La indicación principal para hacerlo es la presencia de características del trastorno alimentario que continúan

interfiriendo significativamente el funcionamiento del paciente y que es poco probable que se resuelvan de manera voluntaria. Otra razón para extender el tratamiento es compensar el impacto nocivo de las interrupciones del mismo, que por lo general se deben al surgimiento de una depresión clínica o a la ocurrencia de una crisis.

El paciente ocasional se beneficia poco de la terapia cognitivo-conductual mejorada. En la práctica se refiere a dichos pacientes a una condición de paciente diurno o a un tratamiento hospitalario.

La cita de revisión posterior al tratamiento

De manera rutinaria se programa una cita de revisión unas 20 semanas después de que ha concluido el tratamiento. Durante el periodo intermedio, los pacientes no reciben ninguna atención terapéutica. La sesión de revisión tiene varios propósitos:

1. Volver a evaluar el estado del paciente y la necesidad de un tratamiento más extenso. Si los rasgos residuales del trastorno alimentario interfieren de manera significativa con el funcionamiento del paciente, entonces debe considerarse ampliar el tratamiento. Si se ha dado un contratiempo, pueden necesitarse unas cuantas sesiones breves para regresar al paciente al buen camino.
2. Revisar la forma en que el paciente ha implementado el plan de mantenimiento de corto plazo. El terapeuta debe revisar el plan con el propósito de identificar rasgos residuales del trastorno alimentario que el paciente deba seguir abordando.
3. Analizar cuántos contratiempos se han manejado. Debe revisarse en detalle la capacidad del paciente para detectar y enfrentar los reveses.
4. Revisar el plan de mantenimiento de largo plazo.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL MEJORADA PARA PACIENTES CON MUY BAJO PESO

La gran mayoría de los pacientes con un trastorno alimentario comen de manera insuficiente en alguna etapa y pueden tener un peso muy bajo por cierto tiempo. Por lo general esto no dura y recuperan el peso perdido, pero una minoría sigue ejerciendo un estricto control de su alimentación y se mantiene con un peso inferior a lo normal. Una proporción de esos pacientes cumplen los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa, mientras que otros cumplen los requisitos para uno u otro de los dos diagnósticos del trastorno alimentario residual.

La terapia cognitivo-conductual mejorada para pacientes con muy bajo peso no requiere modificaciones importantes porque la psicopatología central y la conducta de esos pacientes son muy similares a las de la mayoría de los pacientes con un trastorno alimentario. Sin embargo, es necesario ajustarla para adecuarla a tres problemas que se ven en este grupo, pero que no necesariamente se limitan a él:

1. Poca motivación para cambiar
2. Tener un peso muy bajo
3. Comer de manera insuficiente ("restricción de la dieta")

Para hacerlo es necesario que se extienda la duración de la terapia cognitivo-conductual mejorada porque se lleva tiempo generar motivación para cambiar e incluso más tiempo para recuperar peso. Por lo tanto, como se mencionó, para las personas con un IMC entre 15.0 y 18.5, el tratamiento suele llevarse hasta 40 semanas, y se programan dos sesiones por semana hasta que el paciente esté aumentando de peso de manera sistemática. Una vez que esto sucede, las sesiones son semanales; luego, hacia el final del tratamiento, se programan cada dos o tres semanas.

La salud y seguridad de los pacientes son siempre de primordial importancia, sobre todo en el caso de los pacientes con muy bajo peso porque su salud física se ve invariablemente comprometida. Los terapeutas deben estar al tanto de las complicaciones físicas potenciales, y quienes no tengan certificación médica deben tener acceso a un médico que pueda supervisar el manejo de los problemas médicos.

Resumen

Las cuatro etapas de la versión de 20 semanas de la terapia cognitivo-conductual mejorada no tienen una clara correspondencia con la versión para los pacientes con muy bajo peso.

El tratamiento para esos pacientes incluye tres fases:

- *Fase I.* Dura hasta ocho semanas y centra la atención en comprometer a los pacientes y ayudarlos a llegar a la decisión de que necesitan recuperar peso.
- *Fase II.* Es la fase de recuperación de peso. La meta es que los pacientes suban de

peso a una tasa de alrededor de medio kilo por semana. Por consiguiente, la duración de esta fase es determinada por la cantidad de peso que deba recuperarse. Durante esta fase se aborda la psicopatología del trastorno alimentario del paciente.

- *Fase III.* Ésta es la fase de mantenimiento de peso en que los pacientes trabajan para mantener su nuevo peso saludable. Dura alrededor de ocho semanas.

Como resultado del énfasis particular de esas fases, las gráficas de peso de los pacientes por lo general tienen un patrón distintivo de tres fases, como se muestra en la figura 17-8.

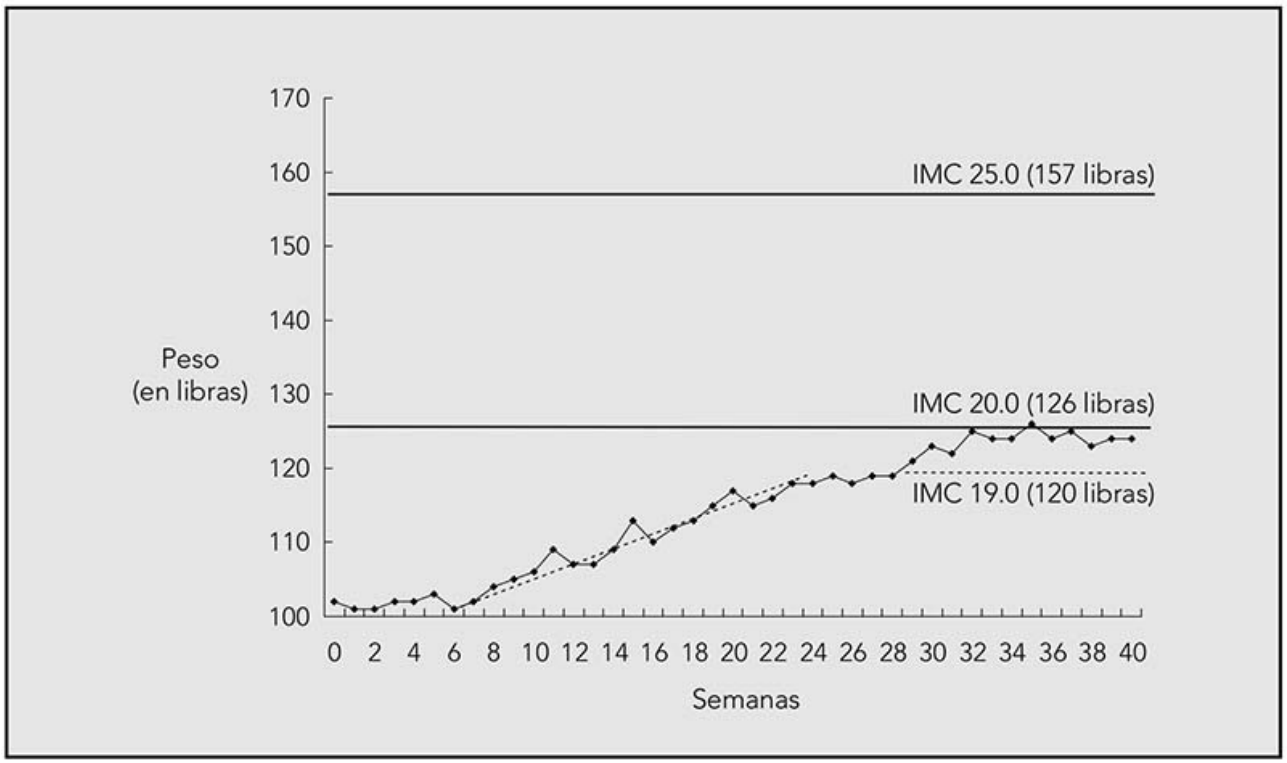


Figura 17-8. Gráfica de peso de una paciente con anorexia nerviosa. Tomado de Fairburn (2008, p. 180). Copyright 2008 de The Guilford Press. Adaptado con autorización.

Fase 1

Las dos primeras sesiones de tratamiento son similares a las del tratamiento de 20 semanas, aunque hay ciertas modificaciones para adecuar la información sobre los efectos de un peso inferior a lo normal y para incorporarla a la formulación. En la práctica eso implica lo siguiente:

- Indagar cuidadosamente en la evaluación inicial acerca de las características que es probable que correspondan a un peso muy bajo. Estas preguntas deben estar integradas

en la evaluación usual.

- Proporcionar educación personalizada sobre los efectos del peso inferior a lo normal antes de la creación conjunta de la formulación. Ello implica postergar la formulación a la segunda sesión de tratamiento en lugar de hacerlo en la sesión inicial como en la versión de 20 semanas.
- Elaborar en conjunto una formulación que destaque la probable contribución de un peso muy bajo al mantenimiento del problema alimentario del paciente (p. ej., preocupación por los alimentos y bebidas, mayor necesidad de rutinas y predictibilidad, indecisión, incremento en los sentimientos de saciedad, estado de ánimo depresivo, retraimiento social). En la segunda edición de *Overcoming Binge Eating* (Fairburn, 2013) se presenta una descripción orientada al paciente de esas características.
- Analizar las implicaciones de la formulación para el tratamiento. El punto importante es que casi todos los efectos identificados se resolverán si el paciente recupera peso, y al mismo tiempo los pacientes descubrirán su verdadera personalidad, que ha sido enmascarada por el hecho de tener un peso inferior a lo normal. De manera simultánea se enfatiza que el tratamiento involucrará mucho más que el mero aumento de peso.

El acento pasa luego a ayudar a los pacientes a tomar la decisión de cambiar. La meta es que los pacientes tomen por sí mismos esta decisión en lugar de que se les imponga. El propósito es interesar al paciente en los beneficios de cambiar y la posibilidad de un "nuevo comienzo". Existen cinco pasos en este proceso:

1. Crear una tabla de "Ventajas y desventajas actuales del cambio".
2. Crear una tabla de "Ventajas y desventajas futuras del cambio".
3. Crear una tabla de "Conclusiones". En la Tabla 17.2 se presenta un ejemplo.
4. Ayudar al paciente a identificar y aceptar las implicaciones de esas conclusiones.
5. Ayudar al paciente a decidirse a actuar y "correr el riesgo".

Tabla 17-2. Ventajas y desventajas del cambio: "Conclusiones" de una paciente

Quiero mejorar y recuperar peso porque…
• Podré llevar una vida plena y no gire sólo alrededor de la alimentación y el peso.
• Estaré más saludable: mis huesos y corazón estarán más fuertes, no sufriré frío ni desmayos y podré dormir bien. ¡No estaré enferma!
• Podré tener una buena relación con otras personas y con suerte una pareja e hijos para quienes pueda ser un buen modelo a seguir.
• Podré disfrutar de mi trabajo y tener éxito en él.
• Por el momento el problema alimentario me impide hacer bien las cosas. Cuando esté mejor no necesitaré una excusa.

• Recuperar peso significará que estaré delgada y saludable. No significa que me volveré gorda.
• Mejorar no significa rendirse. No mejorar significará rendirse. Mejorar tiene que ver con elegir para mí una vida mejor.
• Quiero demostrar lo fuerte que puedo ser comiendo lo que es correcto no lo que es fácil.
• Consumir comida suficiente para tener un peso saludable no es ser glotón. Es ser normal.
• Tener un peso saludable y comer lo suficiente me ayudará a tener un verdadero control de mi alimentación. Podré tomar decisiones acerca de lo que como. Por el momento mi problema alimentario tiene control sobre mí. Mejorar me protegerá de la alimentación fuera de control y del aumento de peso descontrolado.
• Estar bien me permitirá desarrollar mis talentos como persona y descubrir mi verdadero yo.
• Mejorar me dará opciones en la vida. El problema alimentario me ha contenido. El cambio sólo puede ser bueno.
Nota: Tomado de Fairburn (2008, p. 167). Copyright de The Guilford Press. Reproducido con autorización.

Al mismo tiempo se introducen el pesaje colaborativo y la alimentación regular, de manera muy similar a como se hace en el tratamiento de 20 semanas. Una diferencia es que el pesaje tiene lugar en cada sesión porque el bajo peso de los pacientes es un problema importante de salud y un blanco relevante del tratamiento. Otra diferencia es que el patrón de alimentación regular debe incluir tres comidas y tres refrigerios; es decir, los pacientes deben tener seis episodios de alimentación en lugar de cinco, como en el tratamiento de 20 sesiones.

Si el paciente decide recuperar peso, entonces empieza la Fase II. Sin embargo, si nunca llega a esta decisión a pesar de la extensa exploración no directiva del tema (al menos durante ocho semanas), entonces la terapia cognitivo-conductual mejorada habrá fracasado y deben considerarse otras opciones de tratamiento. Esto sucede en aproximadamente uno de cada cinco casos.

Fase II

En la segunda fase la atención se enfoca en recuperar peso al mismo tiempo que se aborda la psicopatología del trastorno alimentario del paciente de forma muy parecida a la descrita antes. Es decir, se enfatiza la modificación de la sobrevaloración de forma y peso, la limitación de la dieta y los cambios en la alimentación relacionados con eventos y estado de ánimo.

La recuperación de peso es muy difícil para esos pacientes. Es un proceso largo y laborioso que requiere que se mantenga cada día un excedente de energía de alrededor de 500 kcal para poder recuperar peso a una tasa aproximada de medio kilo por semana.

Nuestra práctica es tener como meta un IMC superior a 19.0. Esta cifra asegura que la

gran mayoría de los pacientes estarán libres de los efectos psicobiológicos de tener un peso inferior a lo normal, al mismo tiempo que se mantienen delgados. Es importante no transigir sobre esta cifra. Muchas pacientes desean dejar de recuperar peso cuando su IMC se encuentra en el rango de 17.0 a 18.0, posiblemente por ser el punto en que su forma empieza a volverse más femenina. Eso es un grave error porque en este momento siguen experimentando los efectos adversos de tener un peso muy bajo y han experimentado pocas ventajas de la recuperación de peso. Es común que en los pacientes con un IMC en este nivel continúe la pérdida de peso.

En la guía completa de tratamiento se presentan todos los detalles de cómo ayudar a los pacientes a recuperar peso.

Fase III

La meta de esta fase es ayudar a los pacientes a mantener el peso, de modo que su IMC fluctúe entre 19.0 y 20.0. Pacientes y terapeutas tienen preocupaciones opuestas a este respecto. Mientras los pacientes temen que su peso siga aumentando, los terapeutas temen que disminuya, y los temores del terapeuta suelen ser los más realistas. Es necesario discutir abiertamente con los pacientes los riesgos y peligros de la pérdida de peso.

Esta fase del tratamiento suele desarrollarse sin problemas, sobre todo en comparación con la segunda fase. Los terapeutas deben animar a los pacientes a llevar una vida plena ahora que han sido liberados de los efectos debilitantes de tener un peso muy bajo; se les debe ayudar a florecer, a tomar riesgos y a disfrutar de sí mismos, sin olvidar la importancia de mantener un peso saludable.

Las últimas sesiones deben cubrir los mismos temas tratados en la versión de 20 semanas. Por lo tanto, abordan (en las mismas líneas):

1. Mentalidades y contratiempos
2. Asegurar que se mantienen los cambios logrados
3. Procedimientos para minimizar el riesgo de recaídas en el futuro

COMENTARIOS FINALES

De los abundantes mitos y conceptos erróneos sobre la terapia cognitivo-conductual, destacan dos. El primero es que el tratamiento es dirigido por el diagnóstico; es decir, que la forma del tratamiento es determinada exclusivamente por el diagnóstico del DSM que recibe el paciente. El segundo es que la estructura del tratamiento es rígida. En espera de que haya quedado claro que ninguna de esas críticas se aplica a la terapia cognitivo-conductual mejorada; en ésta la forma del tratamiento que recibe el paciente es determinada por una formulación altamente personalizada que es independiente del diagnóstico. Con base en la psicopatología del trastorno alimentario del paciente, no en el diagnóstico del DSM. Además, esta formulación es modificada y personalizada más a fondo a medida que progresa el tratamiento y la psicopatología del paciente evoluciona. Lo que sucede en la sesión 10 con el paciente A puede tener poca relación con lo que sucede en esa misma sesión con el paciente B. Lo que se especifica en la terapia cognitivo-conductual mejorada son las estrategias principales y secundarias utilizadas, así como los procedimientos empleados para producir el cambio, pero la forma y el momento en que se aplican varían de manera notable de un caso a otro. Como resultado, el aprendizaje de la terapia cognitivo-conductual mejorada es más difícil que el de tratamientos más prescriptivos, pero la compensación es que su implementación resulta más gratificante debido a su efectividad.[6]

RECONOCIMIENTOS

Estamos agradecidos por el apoyo recibido del Wellcome Trust: Christopher G. Fairburn recibe el Financiamiento de Investigación Principal (046386) y Zafra Cooper recibió el apoyo de un reconocimiento estratégico (094585). La investigación sobre los trastornos alimentarios recibió el financiamiento a un programa del Wellcome Trust (046386). Sarah Collins ofreció una valiosa retroalimentación sobre el manuscrito.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Bohn, K., & Fairburn, C. G. (2008). The Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA 3.0). In C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 315–317). New York: Guilford Press.

Byrne, S. M., Fursland, A., Allen, K. L., & Watson, H. (2011). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy, 49*, 219–226.

Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2011). The evolution of "enhanced" cognitive behavior therapy for eating disorders: Learning from treatment non-response. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*, 394–402.

Cooper, Z., & Stewart, A. (2008). CBT-E and the younger patient. In C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 221–230). New York: Guilford Press. Crow, S., & Peterson, C. B. (2009). Refining treatments for eating disorders. *American Journal of Psychiatry, 166*, 266–267.

Dalle Grave, R. (2012). *Intensive cognitive behavior therapy for eating disorders*. New York: Nova Science.

Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A., & Fairburn, C. G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy, 51*, R9–R12.

Fairburn, C. G. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 37*, S26–S30.

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G. (2013). *Overcoming binge eating* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Agras, W. S., Walsh, B. T., Wilson, G. T., & Stice, E. (2004). Early change in treatment predicts outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 161*, 2322–2324.

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309–313). New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 691–701.

Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry, 198*, 8–10.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1705–1715.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., et al. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry, 166*, 311–319.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Palmer, R. L., & Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK–Italy study. *Behaviour Research and Therapy, 51*, R2–R8.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 509–528.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2008). Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders ("CBTE"): An overview. In C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 23–34). New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., Bohn, K., & Hawker, D. M. (2008a). Clinical perfectionism, core low self-esteem and interpersonal problems. In C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 197–220). New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., Bohn, K., Hawker, D. M., Murphy, R., et al. (2008b). Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: The core protocol. In C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 47–193). New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Waller, D. (2008a). "Complex cases" and comorbidity. In C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 245–258). New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Waller, D. (2008b). The patients: Their assessment, preparation for treatment and medical management. In C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 35–44). New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet, 361*, 407–416.

Fairburn, C. G., & Wilson, G. T. (2013). The dissemination and implementation of psychological treatments: Problems and solutions. *International Journal of Eating Disorders, 46*, 516–521.

Hay, P. J., & Claudino, A. M. (2010). Evidence-based treatment for the eating disorders. In W. S. Agras (Ed.), *The Oxford handbook of eating disorders* (pp. 452–479). Oxford, UK: Oxford University Press.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Lock, J. (2011). Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 24*, 274–279.

Lock, J., le Grange, D., Agras, W. S., & Dare, C. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. New York: Guilford Press.

Lock, J., le Grange, D., Agras, S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 67*, 1025–1032.

Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry, 32*, 995–1008.

Lundgren, J. D., Allison, K. C., & Stunkard, A. J. (Eds.). (2012). *Night eating syndrome: Research, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.

Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2007). Rapid response predicts treatment outcomes in binge eating disorder: Implications for stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 639–644.

Mitchell, J. E., & de Zwaan, M. (2012). *Psychosocial evaluation and treatment in bariatric surgery*. New York: Routledge.

National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Eating dis- orders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. London: Author.

Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I. F., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H., et al. (in press). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy versus cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*.

Wilson, G. T. (1999). Rapid response to cognitive behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 289–292.

Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist, 62*, 199–216.

Wilson, G. T., & Schlam, T. R. (2004). The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clinical Psychology Review, 24*, 361–378.

Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Agras, W. S., & Bryson, S. W. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry, 67*, 94–101.

Wilson, G. T., & Zandberg, L. (2012). Cognitive-behavioral guided self-help for eating disorders: Effectiveness and scalability. *Clinical Psychology Review, 32*, 343–357.

NOTAS

1. El índice de masa corporal (IMC) es una forma muy generalizada de representar el peso ajustado a la estatura. Se obtiene dividiendo el peso en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado [es decir, $p/(e)^2$]. El IMC se aplica a adultos de ambos sexos de entre 18 a 60 años. El rango saludable fluctúa entre 18.5 y 25.0.

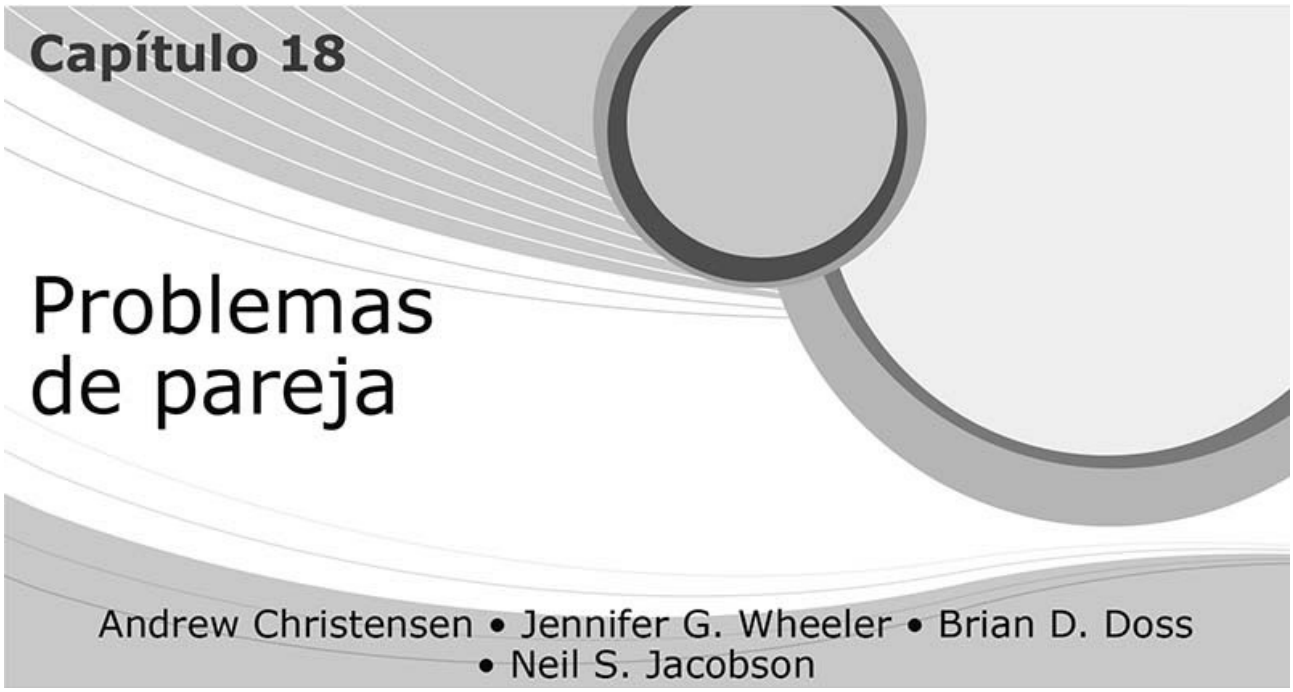
2. Si existe una diferencia en su psicopatología central, ésta es que la preocupación principal de algunos pacientes con anorexia nerviosa es controlar su alimentación *per se*, más que su forma y peso. Esto es así sobre todo en los casos más jóvenes de corta duración.

3. Originalmente, la versión amplia del tratamiento abordaba un cuarto obstáculo al cambio conocida como **intolerancia al estado de ánimo** . Esta dificultad se incorporó más tarde a la forma enfocada de la terapia cognitivo-conductual mejorada.

4. La investigación sobre la versión de 20 semanas de la terapia cognitivo-conductual mejorada ha incluido a pacientes con un IMC superior a 17.5, pero la experiencia clínica sugiere que en los pacientes con bajo peso funciona mejor un tratamiento más largo. Por lo tanto se recomienda un IMC inferior al umbral de 18.5.

5. C. G. F. reconoce el evidente conflicto de interés.

6. El sitio web *www.credo-oxford.com* ofrece información actualizada sobre la condición empírica de la terapia cognitivo-conductual mejorada, así como oportunidades de obtener entrenamiento. Todos los materiales necesarios para llevar a la práctica la terapia cognitivo-conductual mejorada pueden descargarse sin cargos de este sitio web.



En la segunda edición (en inglés) de este libro se presentó, por primera vez, una aproximación sustancialmente diferente a la terapia de pareja, distinta tanto en la conceptualización como en las estrategias de tratamiento. Esos cambios en técnica y conceptualización eran lo suficientemente profundos para ameritar un nuevo nombre para la aproximación: "terapia conductual integrativa de pareja" (TCIP). Como se describe en esta quinta edición, la terapia conductual integrativa de pareja se ha convertido en un complejo e intuitivamente atractivo conjunto de estrategias, que se ilustran de manera muy agradable en este capítulo en el contexto del tratamiento exhaustivo de una pareja con problemas importantes. Dado que esas estrategias requieren de considerable habilidad y talento clínicos, los terapeutas principiantes en particular pueden aprender mucho de las descripciones del caso presentadas en este capitulo ameno e interesante. D. H. B.

A diferencia de otros capítulos en este manual, el término "problemas de pareja" no se refiere a un trastorno clínico o de personalidad específico. En el DSM-5 los problemas de pareja se manejan igual que en el DSM-IV-TR: no se consideran un "trastorno mental" sino que se relegan a la categoría de "otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica" y se les asigna un "código V" que corresponde a "problemas de relación con el cónyuge o la pareja íntima". No obstante, puede argumentarse que los problemas de pareja provocan tanto dolor psicológico y físico como muchos, si no es que la mayoría, de los trastornos del DSM (p. ej., Beach *et al*., 2006), además de que pueden iniciar, exacerbar y complicar trastornos del DSM como depresión o desencadenar su recaída (Whisman, 2007; Whisman y Bruce, 1999). Por otro lado, los problemas de pareja pueden tener un impacto importante en los niños y desencadenar o exacerbar los trastornos externalizantes e internalizantes (Buehler *et al.,* 1997). De hecho, se realizaron intentos para que el DSM-5 prestara más atención a los procesos de relación como los

problemas de pareja y considerara a algunos de ellos como trastornos; sin embargo, dichos esfuerzos parecen haber flaqueado (American Psychiatric Association, 2013; Beach *et al.,* 2006). Cualesquiera que sean los méritos y el resultado de dichos esfuerzos, no hay duda de que los problemas de pareja tienen consecuencias psicológicas importantes y que merecen atención terapéutica.

En este capítulo se describe una aproximación prometedora al tratamiento de los problemas de pareja conocida como terapia conductual integrativa de pareja (TCIP; Christensen y Jacobson, 2000; Christensen, Jacobson y Babcock, 1995; Jacobson y Christensen, 1998). Se revisa brevemente el desarrollo de este enfoque desde sus orígenes en la terapia conductual tradicional de pareja, seguida de una descripción de las teorías y técnicas de la terapia conductual integrativa de pareja (TCIP). Luego se describe la aplicación de esta forma de terapia, incluyendo sus etapas y el uso de intervenciones específicas. Por último, se analiza la evidencia empírica que apoya a la terapia conductual integrativa de pareja y se presenta un caso para ejemplificar la aplicación de este tratamiento.

TERAPIA CONDUCTUAL TRADICIONAL DE PAREJA

El término **terapia de pareja** (a diferencia de terapia "individual" o "de grupo") se refiere a aproximaciones clínicas para mejorar el funcionamiento de dos individuos en el contexto de la relación romántica que comparten.[1] Si bien es única en su énfasis en una díada específica, por definición es una aproximación contextual al tratamiento de dos **individuos.** Por consiguiente, los tratamientos exitosos para los problemas de pareja han hecho hincapié en la evaluación y modificación de cada contribución y respuesta individual a interacciones específicas en su relación (p. ej., Baucom y Hoffman, 1986; Gurman, Knickerson y Pinsof, 1986; Holtzworth-Munroe y Jacobson, 1991; Jacobson, 1978a, 1984; Jacobson y Holtzworth- Munroe, 1986; Jacobson y Margolin, 1979; Stuart, 1980; Weiss, Hops y Patterson, 1973).

Durante más de tres décadas, el "estándar de oro" para el tratamiento de los problemas de pareja fue la terapia conductual de pareja (encontrará revisiones sobre la terapia de pareja en Baucom, Shoham, Kim, Daiuto y Stickle, 1998; Christensen y Heavey, 1999; Jacobson y Addis, 1993; Snyder, Castellani y Shisman, 2006). La terapia conductual tradicional de pareja (TCTP), aplicada inicialmente por Stuart (1969) y por Weiss y colaboradores (1973), utiliza los principios conductuales básicos de reforzamiento, modelamiento y repaso conductual para facilitar la colaboración y el compromiso entre los integrantes de la pareja. Con el propósito de facilitar los cambios en la conducta de los cónyuges, la terapia conductual tradicional de pareja les enseña a incrementar o disminuir conductas blanco (intercambio conductual), a comunicarse de manera más eficaz (entrenamiento de la comunicación), y a evaluar y resolver problemas (solución de problemas) para mejorar la satisfacción general con la relación. En esta forma de terapia es muy frecuente el uso de la monografía de Jacobson y Margolin (1979) como manual de tratamiento.

En estudios iniciales, la terapia conductual tradicional de pareja demostró de manera empírica un éxito considerable (Jacobson, 1977, 1978b) y pronto atrajo la atención de numerosos manuales de tratamiento, programas, y publicaciones que apoyaban la aplicación de las técnicas conductuales al tratamiento de los problemas de pareja (p. ej., Floyd y Markman, 1983; Gottman, Notarius, Gonso y Markman, 1976; Jacobson y Margolin, 1979; Knox, 1971; Liberman, 1970; Liberman, Wheeler, deVisser, Kuehnel y Kuehnel, 1981; Stuart, 1980). La investigación subsecuente de resultados ha respaldado de manera sistemática la eficacia de las aproximaciones conductuales al tratamiento de los problemas de pareja (Baucom y Hoffman, 1986; Gurman *et al.,* 1986; Jacobson, 1984; Jacobson, Schmaling y Holtzworth-Munroe, 1987). La investigación ha demostrado incluso el impacto positivo de la terapia conductual tradicional para parejas en que uno de los integrantes tiene un trastorno individual como depresión (Gupta, Coyne y Beach, 2003), alcoholismo (O'Farrell y Fals-Stewart, 2000), y, o ansiedad (Baucom *et al.,* 1998).

Sin embargo, a pesar del éxito aparente de la terapia conductual tradicional de pareja, la investigación de resultados también reveló algunas limitaciones en su eficacia y capacidad

de generalización. Por ejemplo, aproximadamente un tercio de las parejas no mostró mejoría medible en la calidad de la relación después del tratamiento con la terapia conductual tradicional (Jacobson *et al.,* 1987). Además, muchas parejas que al inicio respondieron al tratamiento recayeron uno o dos años después de la terapia (Jacobson *et al.,* 1984, 1987). Snyder, Wills y Grady-Fletcher (1991) encontraron una tasa de divorcio de 37% en parejas tratadas con la terapia conductual tradicional de pareja cuatro años después del tratamiento.

Los hallazgos sobre la efectividad limitada de la terapia conductual tradicional de pareja alentó el desarrollo de otros enfoques terapéuticos; en un esfuerzo por aumentar su efectividad se le hicieron varias modificaciones y mejoras (p. ej., Baucom y Epstein, 1990; Baucom, Epstein y Rankin, 1995; Epstein y Baucom, 2002; Floyd, Markman, Kelly, Blumberg y Stanley, 1995; Halford, 2001), aunque los estudios de comparación de tratamientos no han logrado demostrar que las distintas mejoras de la terapia conductual tradicional de pareja hayan aumentado su eficacia. Por ejemplo, la adición de estrategias cognitivas creó un tratamiento que fue tan bueno pero no mejor que la terapia conductual tradicional de pareja (p. ej., Baucom *et al.,* 1998).

Además de examinar el resultado del tratamiento, la investigación sobre la terapia de pareja pretendía entender las diferencias entre los "éxitos y fracasos del tratamiento". La investigación inicial sobre la respuesta al tratamiento identificó varios factores que parecen afectar el éxito de la terapia conductual tradicional de pareja. En comparación con las parejas que tuvieron una respuesta positiva al tratamiento, las parejas que se consideraron "fracasos del tratamiento" o "difíciles de tratar" por lo general eran mayores, emocionalmente más desconectadas, más polarizadas sobre temas básicos y más gravemente angustiadas (Baucom y Hoffman, 1986; Hahlweg, Schlinder, Revenstorf y Brengelmann, 1984; Jacobson, Follette y Pagel, 1986; en el trabajo de Jacobson y Christensen, 1998, encontrará una revisión). Aunque podría decirse que esas parejas tenían mayor necesidad de tratamiento efectivo, cada uno de esos factores tuvo un evidente efecto nocivo en su capacidad para colaborar, comprometerse y facilitar el cambio conductual. Las parejas más viejas, por ejemplo, se han "atorado" en sus patrones conductuales destructivos más tiempo que las parejas jóvenes; es posible que las parejas con mayor polarización sobre cuestiones fundamentales (p. ej., qué tan tradicionales son respecto con sus roles de género) nunca pudieran alcanzar un compromiso satisfactorio para ambos; y las parejas con una desconexión extrema pueden ser incapaces de colaborar. Es probable que cada uno de esos factores se asocie con patrones conductuales muy antiguos, profundamente arraigados y al parecer "inmodificables", por lo que no debería sorprender que las técnicas orientadas al cambio de la terapia conductual tradicional fuesen inefectivas para esas parejas.

Esos hallazgos fueron el impulso para el desarrollo de la terapia conductual integrativa de pareja. La evidencia sobre el éxito limitado de la terapia conductual tradicional de pareja, sobre todo durante el seguimiento, incentivó un esfuerzo por encontrar un tratamiento con efectos más duraderos. La evidencia sobre los fracasos de la terapia conductual tradicional impulsó los esfuerzos por encontrar tratamientos que pudieran aplicarse incluso en esos casos difíciles. Tres desarrollos de la terapia conductual integrativa de pareja tienen el propósito de aumentar la durabilidad y aplicabilidad del tratamiento: (1) un enfoque en los "temas" de la relación más que en conductas blanco específicas de la pareja; (2) un énfasis en la conducta "moldeada por contingencias" más que en la conducta "gobernada por reglas"; y (3) un enfoque en la aceptación emocional.

El primer aspecto que pretende hacer más aplicable y más duradera la efectividad de la terapia conductual integrativa de pareja es la atención que dedica a los "temas" de la relación, es decir, sus patrones duraderos de conductas dispares pero todavía funcionalmente similares. Aunque este enfoque coincide con la terapia conductual tradicional en la necesidad de una evaluación exhaustiva de los patrones conductuales de la pareja, difiere de ella en el hecho de que considera múltiples y complejas interacciones conductuales, y no sólo blancos conductuales específicos, para la intervención terapéutica.

Un aspecto que destaca en todos los enfoques conductuales, y ciertamente en la terapia conductual tradicional de pareja, es un proceso de evaluación que transforma quejas amplias y globales en conductas observables específicas. Por ejemplo, una esposa puede llegar a terapia quejándose de que su esposo no la quiere, mientras que el esposo se queja de que su esposa no cree en él. El especialista en la terapia conductual tradicional de pareja ayuda a la esposa a definir su queja general en blancos conductuales específicos para su esposo, por ejemplo, que la bese y la abrace más a menudo. El terapeuta también ayuda al marido a definir su queja general en blancos conductuales específicos para su esposa, por ejemplo, que lo felicite más a menudo por sus logros. Sin embargo, la terapia conductual integrativa de pareja sugiere que puede perderse información valiosa en la transformación de una queja global en un blanco conductual específico. Cuando las quejas globales se reducen a blancos conductuales específicos, la terapia conductual tradicional de pareja limita inadvertidamente los medios que permiten a los integrantes de la pareja satisfacerse entre sí. Por ejemplo, si "sentirse amada" se define únicamente en términos del afecto físico y al esposo le resulta difícil aumentar y, o mantener un nivel elevado de afecto físico, entonces no serán satisfechos los deseos de la esposa de sentirse querida. De hecho, el esposo podría realizar otras conductas, además del afecto físico, que podrían hacer sentir a su esposa que es querida, como llamarla desde el trabajo para preguntarle cómo está, escuchar sus problemas con su familia, o darse cuenta de que el aire de las llantas del carro está peligrosamente bajo. Es posible que ella no pueda expresar muchas conductas que podrían hacerla sentir querida porque no tiene claro qué conductas desea o porque puede sentirse demasiado vulnerable para

expresar esta necesidad. Sin una exploración más elaborada y sin el análisis funcional de los pensamientos, sentimientos y conductas de marido y mujer pueden perderse oportunidades importantes para facilitar el cambio terapéutico. Además, esas definiciones conductuales tan específicas pueden tener efectos iatrogénicos. En el ejemplo anterior, la esposa puede empezar a definir el amor de su marido cada vez más en términos de su limitada capacidad para ser afectuoso porque así fue como se operacionalizó el "amor" en el contexto de la intervención de la terapia conductual tradicional de pareja. Si el marido es incapaz de hacerla sentir "amada" únicamente a través del afecto físico, el enojo y la sensación de pérdida de la mujer pueden aumentar en lugar de ser mejoradas por el tratamiento.

En contraste con el énfasis de la terapia conductual tradicional en blancos conductuales específicos, la terapia conductual integrativa se enfoca en "temas" más amplios en la historia de la pareja, es decir, en el desarrollo de una comprensión compartida de las muchas circunstancias en que la esposa se ha sentido querida y no querida, y en que el marido ha sentido que su mujer creía o no en él. Ciertamente esta comprensión compartida incluye algunos ejemplos conductuales específicos que ilustran qué es lo que hace que la esposa sienta que es o que no es amada, y qué hace al marido sentir que su esposa no cree en él y que lo haría sentir que sí lo hace. Sin embargo, la terapia conductual integrativa intenta dejar abiertas todas las posibilidades de conductas que brinden a cada cónyuge el estado emocional deseado. Así, si a uno de los miembros de la pareja le resulta difícil realizar una conducta particular (p. ej., mostrar afecto físico), puede realizar otras conductas, quizá menos obvias, que cumplan la misma función (p. ej., llamar a la esposa desde el trabajo). Al enfocarse en el "tema" emocional más amplio (la historia de ella de no sentirse querida, la historia del marido de sentir que su mujer no cree en él), en lugar de tratar de operacionalizarlo en una o más conductas específicas, la terapia conductual integrativa de pareja conserva sus raíces funcionales a la vez que aumenta las posibilidades de que cada integrante de la pareja pueda satisfacer las necesidades del otro.

Un segundo desarrollo que fue diseñado para poder aplicar la terapia conductual integrativa a más parejas y generar un cambio más duradero tiene fundamento en la distinción entre **conducta gobernada por reglas** o **moldeada por contingencias** (Skinner, 1966). En la primera, se proporciona al individuo una regla que guíe su conducta y se le refuerza cuando sigue la regla. Usando el ejemplo anterior, un terapeuta podría desarrollar para el marido una lista de posibles conductas afectuosas, como dar un beso a la esposa al salir para el trabajo y cuando regresa del mismo, y luego animarlo a llevar esas conductas a la práctica; al hacerlo, el esposo sería reforzado por su mujer y por el terapeuta. La terapia conductual tradicional se basa en gran medida en el uso de estrategias "gobernadas por reglas" para crear un cambio positivo. En la terapia conductual tradicional, no sólo el intercambio conductual está regido por reglas, también lo están las estrategias empleadas para el entrenamiento de la comunicación y de la solución de problemas. En ambas, el terapeuta conductual tradicional enseña a los integrantes de la pareja ciertas reglas de comunicación o solución de problemas que

pueden usar al discutir sus dificultades. Algunos ejemplos son las directrices para usar las "afirmaciones en primera persona" y para "definir el problema con claridad antes de proponer soluciones".

En el caso de la conducta "moldeada por contingencias", sucesos que ocurren de manera natural provocan y refuerzan la conducta deseada. Por ejemplo, el marido podría ser afectuoso con su esposa cuando algo en su interacción desencadenara en él el deseo de abrazarla o besarla; la experiencia de cercanía o contacto físico en el gesto afectuoso en sí, o la respuesta de su mujer a ese gesto, reforzarían su conducta afectuosa. En contraste con la terapia conductual tradicional, la terapia conductual integrativa de pareja se involucra en el cambio conductual "moldeado por contingencias"; en este caso los terapeutas tratan de descubrir los sucesos que desencadenan experiencias deseadas en cada cónyuge y luego intentan arreglar dichos sucesos. Por ejemplo, los terapeutas conductuales integrativos podrían suponer que las críticas de la esposa alejan al marido, pero que sus expresiones de soledad podrían acercarlo a ella. El terapeuta conductual integrativo escucha sus críticas (p. ej., que el marido la ignora), sugiere que quizá se siente sola (como resultado de sentirse "ignorada") y, si ella reconoce dicho sentimiento, la anima a hablar al respecto. La meta terapéutica es que ese "cambio" en su conversación (de la crítica a la revelación de información personal) también podría "cambiar" la actitud típicamente defensiva del esposo a escuchar (o ignorar) a su esposa. Aunque la estrategia de enfatizar la conducta "moldeada por contingencias" hace que las intervenciones resulten más complicadas y menos directas que una aproximación puramente "gobernada por reglas", la terapia conductual integrativa sugiere que la aproximación "gobernada por contingencias" da lugar a cambios más profundos y duraderos en los patrones de relación de la pareja.

Un tercer desarrollo en la terapia conductual integrativa de pareja que se diseñó para poder aplicarla a más parejas y para crear un cambio más duradero es el énfasis que hace en la aceptación emocional. En la terapia conductual tradicional, la aproximación para resolver los problemas de la pareja es crear un cambio positivo. Por ejemplo, en el caso de la pareja de la que se habló antes, si el esposo fuese físicamente más afectuoso y la mujer le brindara más elogios verbales, entonces los problemas de la pareja supuestamente serían resueltos. Sin embargo, si el esposo no puede o no está dispuesto a mostrar más afecto físico, y si la esposa es incapaz o no está dispuesta a proporcionarle más elogios verbales, entonces el caso sería un fracaso del tratamiento. Si ambos cónyuges pueden hacer en principio esos cambios pero no son capaces de mantenerlos a largo plazo, entonces el caso se convierte en un éxito temporal seguido de una recaída.

En contraste con la terapia conductual tradicional de pareja, la terapia conductual integrativa enfoca la atención tanto en la aceptación emocional como en el cambio. A diferencia de la meta orientada al cambio de la terapia conductual tradicional, la meta principal de la terapia conductual integrativa es fomentar en cada cónyuge la **aceptación** del otro y sus diferencias. En lugar de intentar **eliminar** los conflictos de larga data de una pareja, la terapia conductual integrativa se propone ayudar a las parejas a desarrollar una nueva comprensión de sus diferencias aparentemente irreconciliables y utilizarlas

para facilitar la intimidad, la empatía y la compasión mutuas. Con su enfoque más en la **aceptación** que en el **cambio**, la terapia conductual integrativa crea un ambiente en que los integrantes de la pareja entiendan la conducta del otro antes de decidir que quieren modificarla y cómo hacerlo. En el ejemplo anterior, la terapia conductual integrativa de pareja exploraría las dificultades del marido para expresar afecto y las de la esposa para elogiarlo, dificultades que pueden tener poco que ver con el amor que sienten uno por el otro. A través de esta exploración de los individuos, los cónyuges pueden llegar a entenderse mejor mutuamente y a experimentar mayor cercanía emocional, alcanzando así los sentimientos de amor que buscaban previamente al solicitar cambios en la conducta de cada cual (es decir, un incremento en el afecto físico y en los elogios verbales).

Aunque en la terapia conductual integrativa de pareja **existe** una expectativa de "cambio", ésta difiere considerablemente de la expectativa de la terapia conductual tradicional en relación a **qué cónyuge** y **qué conducta** se espera que cambien. En la terapia conductual tradicional de pareja el "cambio" involucra que el cónyuge A cambie la frecuencia o intensidad de una conducta específica en respuesta a una queja del cónyuge B. Pero en la terapia conductual integrativa el "cambio" terapéutico también implica que el cónyuge B modifique su **reacción emocional** a la conducta "problema" del cónyuge A. Cuando se identifica que una diferencia entre los cónyuges es "irreconciliable", la estrategia terapéutica de la terapia conductual integrativa es cambiar la respuesta del cónyuge "quejoso" a la conducta del cónyuge "ofensor" en lugar de dirigir todos los esfuerzos terapéuticos a tratar de cambiar lo que históricamente ha sido una conducta, en esencia, "inmodificable". En condiciones ideales, por medio de la exploración de los pensamientos y sentimientos que subyacen a la conducta del cónyuge A, el cónyuge B desarrolla una nueva comprensión de la conducta de su pareja y la "queja" se transforma en una respuesta menos destructiva. A su vez, este cambio en la reacción del cónyuge B a menudo tiene un impacto beneficioso en la frecuencia o intensidad de la conducta del cónyuge A. Al usar esta aproximación, a diferencia de una que se enfoque exclusivamente en el cambio, incluso las parejas más polarizadas, desinteresadas e "inmodificables" tienen la oportunidad de incrementar su satisfacción marital general.

Es importante advertir que en este contexto no debe confundirse aceptación con resignación. Mientras **resignación** implica que uno de los cónyuges a regañadientes se dé por vencido y pierda la esperanza de una mejor relación, **aceptación** involucra que uno de los cónyuges deje de **esforzarse por cambiar** al otro. Idealmente, los cónyuges dejan de esforzarse no a regañadientes sino como resultado de una forma nueva de apreciar la experiencia de su pareja. Se espera que la angustia provocada por el esfuerzo de cambiar al otro disminuya cuando entienden sus problemas de pareja en términos de sus diferencias individuales y aprenden a aceptar sus diferencias. Así, para que la terapia conductual integrativa trate de manera efectiva los problemas de pareja es importante que los cónyuges entiendan los factores que han contribuido al desarrollo y mantenimiento de sus dificultades.

ETIOLOGÍA DE LOS PROBLEMAS DE PAREJA

De acuerdo con la terapia conductual integrativa de pareja, las dificultades de la relación se desarrollan como resultado de dos influencias básicas, la disminución en los intercambios reforzantes positivamente -por ejemplo, a través de la erosión del reforzamiento- y el desarrollo de intercambios aversivos -por ejemplo, a través del desarrollo de conflicto. La **erosión del reforzamiento positivo** se refiere al fenómeno por el cual las conductas que alguna vez fueron reforzantes positivamente disminuyeron su capacidad de reforzamiento a través de la exposición repetida a ellos. Por ejemplo, en las primeras etapas de la relación las demostraciones de afecto físico pueden generar sentimientos intensos de calidez y placer para cada cónyuge; pero cuando han pasado muchos años juntos, las propiedades reforzantes de esas conductas afectuosas pueden desaparecer. Algunas parejas pueden dejar de "valorar" las conductas que alguna vez fueron reforzantes, mientras que para otras esas conductas pueden de hecho volverse aversivas. En algunos casos, las conductas que alguna vez se consideraron atractivas, adorables o agradables son las mismas conductas que generan o exacerban los problemas de la pareja.

Igual que con la erosión de las conductas reforzantes, los conflictos pueden surgir a medida que la pareja pasa cada vez más tiempo junta. En las primeras etapas de la relación, las diferencias en los antecedentes, metas e intereses de la pareja pueden ser minimizadas o ignoradas. Por ejemplo, si el cónyuge A prefiere ahorrar dinero y el cónyuge B prefiere gastarlo, esta diferencia quizá no sea evidente durante el cortejo, en que gastar dinero es una expectativa tácita de los dos integrantes de la pareja. Si esta diferencia se detecta temprano, es posible que se considere como una diferencia "positiva" en que cada miembro de la pareja es alentado a parecerse un poco más al otro en sus hábitos de gasto. O tal vez cada compañero espera que a la larga el otro transija o cambie en sus formas de hacer las cosas. Pero con el tiempo, es inevitable que esos desacuerdos y su relevancia para la relación queden expuestos. Las diferencias que alguna vez se consideraron novedosas, interesantes o como un reto al final pueden percibirse como impedimentos para las propias metas e intereses. Además de las incompatibilidades existentes, pueden surgir otros desacuerdos no anticipados con las nuevas experiencias (p. ej., tener hijos, cambiar de profesión). Así, incluso en las parejas que al inicio hicieron una valoración realista de sus diferencias, con el tiempo pueden descubrir incompatibilidades que no esperaban.

Esas incompatibilidades, si bien son un reto por derecho propio, pueden ser exacerbadas aún más por las sensibilidades o vulnerabilidades emocionales de cada cónyuge. Regresando al ejemplo anterior, si el "ahorrador" proviene de una experiencia de privación económica y ha desarrollado un temor justificado a quedarse sin recursos, entonces los problemas relacionados con el ahorro pueden ser motivados por emociones poderosas que pueden dañar su capacidad para entender el deseo de su pareja por gastar y disfrutar lo que tienen. Las incompatibilidades también pueden ser exacerbadas por estresores externos. Por ejemplo, si un miembro de la pareja "ahorrador-gastador" pierde

su empleo, eso podría hacer sus diferencias incluso más evidentes. Los esfuerzos de los cónyuges por resolver sus desacuerdos sobre el dinero paradójicamente pueden empeorar el problema. Por ejemplo, si el ahorrador se involucra en conductas como investigar e interrogar al que gasta mientras éste evita y esconde sus compras del otro, la intensidad del problema puede aumentar. Una meta de la terapia conductual integrativa es ayudar a los cónyuges a identificar y replantear sus incompatibilidades de una forma que minimice la naturaleza destructiva de las mismas, para lo cual se fomenta una comunicación más efectiva acerca de esas discrepancias a la vez que maximiza su nivel de intimidad y satisfacción con la relación.

APLICACIÓN DE LA TERAPIA CONDUCTUAL INTEGRATIVA DE PAREJA

Formulación

El principio organizador más importante de la terapia conductual integrativa de pareja es la **formulación**, un término usado para describir la forma en que el terapeuta conceptualiza y describe los problemas de la pareja. La formulación tiene fundamento en un análisis funcional de los problemas de la pareja e incluye tres componentes básicos: un **tema,** un análisis del **proceso de polarización** y una **trampa mutua**. El terapeuta consulta la formulación y sus componentes durante el proceso de tratamiento, cada vez que las parejas tienen conflictos durante o entre sesiones de la terapia.

Una de las metas básicas de la terapia conductual integrativa de pareja es que los cónyuges adopten la formulación como parte de la historia de su relación. A partir de ese punto, pueden usar la formulación como un contexto para entender su relación y sus conflictos. La formulación también proporciona a las parejas un lenguaje para discutir sus problemas y les permite distanciarse de éstos. Sin embargo, es importante recordar que la formulación es un concepto dinámico que puede requerir alteraciones y modificaciones (o "reformulaciones") durante el tratamiento.

Tema

El tema, la descripción del conflicto principal de la pareja, suele ser esquematizado en una palabra o frase que captura las dificultades que enfrentan a la pareja. Por ejemplo, un tema común de muchas parejas en problemas es el de "cercanía-independencia", en que uno de los cónyuges busca mayor cercanía mientras que el otro busca más independencia. Otros temas comunes se centran alrededor de la confianza, la sexualidad, el dinero y la crianza. Una pareja puede enfrentarse por cualquier tema particular y ciertamente con muchos problemas, pero a menudo sus enfrentamientos se centran alrededor de uno o dos temas amplios.

Análisis profundo del proceso de polarización (DEEP)

En la terapia conductual integrativa de pareja, los terapeutas realizan un análisis profundo del proceso de polarización (DEEP por sus siglas en inglés) del tema o problema de una pareja, el acrónimo describe cuatro factores importantes que contribuyen a dichas dificultades: diferencias, sensibilidades emocionales, circunstancias externas y patrones de interacción. La terapia conductual integrativa sugiere que el conflicto primario, o tema, de los cónyuges se debe a las diferencias entre ellos y a las sensibilidades emocionales o vulnerabilidades ligadas a esas diferencias, las cuales pueden ser exacerbadas por circunstancias externas. Por ejemplo, en el tema de cercanía-independencia, el cónyuge A puede desear más cercanía y conexión, mientras que el cónyuge B quizá quiera más independencia por el simple hecho de que son personas distintas que difieren en sus genes e historias de aprendizaje social. Es posible que al inicio no fuera fácil advertir esta

diferencia porque ambos estaban encantados con el desarrollo de su relación. O quizá en realidad había poca diferencia en sus deseos de cercanía e independencia hasta que tuvieron hijos o hasta que despegó la carrera de uno ellos. Cualquiera que fuese el origen de la diferencia, crea problemas para la pareja en la medida que las diferencias se perciben como deficiencias. Por ejemplo, el que busca cercanía puede considerar que el otro "tiene miedo de la intimidad", mientras que el que busca independencia puede creer que el otro es "neuróticamente dependiente". Los cónyuges descubren que no pueden lograr que se satisfagan plenamente las necesidades de ambos. El compromiso puede ser relativamente fácil a menos que también estén presentes sensibilidades emocionales o vulnerabilidades que proporcionan el combustible emocional para las diferencias. Si el cónyuge A desea mayor cercanía que el cónyuge B y es emocionalmente vulnerable a la sensación de abandono, puede percibir como una amenaza las negociaciones sobre la cercanía. De igual modo, si el cónyuge B quiere mayor independencia y es emocionalmente vulnerable a sentirse controlado o restringido, entonces también él puede percibir como una amenaza las negociaciones acerca de la cercanía. Las circunstancias externas pueden conspirar para hacer al problema aún más grande. Si la pareja vive en un área donde el cónyuge A, que desea más cercanía, está alejado de otras fuentes de apoyo social, y donde el cónyuge B, que quiere más independencia, está cerca de actividades de ocio que puede realizar de manera independiente, el enfrentamiento entre ellos será incluso mayor. La combinación de sus diferencias (D), sus sensibilidades emocionales (E) y las circunstancias externas (E) puede llevarlos a involucrarse en un patrón destructivo (P) de interacción que aumente aún más su polarización.

El **patrón de polarización** se refiere a la comunicación, a menudo frustrante y destructiva, que ocurre cuando una pareja con problemas entra en un conflicto relacionado con el tema. En el caso de cónyuges confrontados con sus diferencias es natural que cada uno trate de cambiar al otro. Si bien en muchos casos esos esfuerzos por cambiarse mutuamente pueden ser exitosos, muchas veces el resultado es que sus diferencias se exacerban y las dos partes se polarizan en sus posturas conflictivas. Cuando los cónyuges se han polarizado respecto con un tema, otros intentos por cambiarse uno al otro sólo aumentan el conflicto y perpetúan su postura polarizada. Por ejemplo, en una pareja cuyo tema es el de proximidad-distancia, es probable que el proceso de polarización ocurra cuando el que busca independencia se "aleja" de los intentos de quien busca la cercanía de obtener más intimidad, lo que crea más esfuerzos "intrusivos" de quien desea cercanía. Entre más "avanza" uno de los cónyuges, más se "aleja" el otro; entre más se "aleja" uno de los cónyuges, más "avances" hace el otro. Además, la privación de una meta deseada puede hacer que dicha meta parezca incluso más importante; los cónyuges pueden desesperarse, escalar sus esfuerzos inútiles y sus diferencias se magnifican. Puede empezar a parecer que quien busca la cercanía no necesita independencia y que quien busca independencia no tiene necesidad de cercanía. A través de su interacción se vuelven más diferentes de lo que eran en principio.

Trampa mutua

La trampa mutua, que describe el resultado del proceso de polarización, lleva ese nombre porque por lo general deja a los miembros de la pareja sintiéndose **atorados o atrapados** en su conflicto. Los cónyuges en una trampa mutua sienten que hicieron todo lo que podían para cambiar al otro y que nada funcionó. Pero se muestran renuentes a ceder en sus esfuerzos por cambiarse mutuamente porque eso significaría que se resignan a una relación insatisfactoria, lo que los lleva a atrincherarse aún más en sus respectivas posiciones.

La experiencia de los cónyuges que están tan polarizados es de impotencia e inutilidad, y esta experiencia rara vez se discute abiertamente entre ellos. Por lo que es posible que ninguno de ellos se percate de que el otro también se siente atrapado. Hacer que cada cónyuge tome consciencia de que el otro también se siente atrapado es una parte importante del trabajo de aceptación, y alentar a cada cónyuge a experimentar la sensación del otro de estar "atorado" en ocasiones puede ser el primer paso hacia la empatía e intimidad entre ellos.

Etapas de la terapia

En la terapia conductual integrativa de pareja existe una clara distinción entre la fase de evaluación y el tratamiento en sí. La fase de **evaluación** comprende por lo menos una sesión con ambos cónyuges seguida de una sesión individual con cada uno de ellos. A esto le sigue una sesión de retroalimentación en que el terapeuta describe su **formulación** de los cónyuges y de sus problemas, así como su plan para el tratamiento. La sesión de retroalimentación es seguida por las sesiones de **tratamiento**, cuyo número exacto se determina caso a caso dependiendo del las necesidades de tratamiento de cada pareja. Sin embargo, el protocolo usado en un ensayo clínico reciente de la terapia conductual integrativa para parejas con problemas crónicos graves (que se revisa más adelante) fue un máximo de 26 sesiones, incluyendo las fases de evaluación y de tratamiento.

Uso de instrumentos objetivos

Los instrumentos de evaluación objetivos (tabla 18-1) son de utilidad tanto en la evaluación inicial como en la supervisión del progreso de una pareja en varios momentos del tratamiento. Aunque esos instrumentos objetivos no son indispensables para conducir la terapia conductual integrativa de pareja, ofrecen información adicional sobre áreas de desacuerdo que no se han revisado durante las sesiones, o bien pueden brindar datos objetivos sobre los niveles de angustia y satisfacción de una pareja. Además, la investigación ha demostrado que compartir y discutir activamente el progreso (o la falta de progreso) de una pareja en terapia puede mejorar los resultados de la misma (p. ej., Halford *et al.,* 2012). Por ejemplo, la satisfacción de una pareja con su relación puede evaluarse usando el Índice de Satisfacción de Parejas (Funk y Rogge, 1007); el Inventario del Estatus Marital (Crane y Mead, 1980; Weiss y Cerreto, 1980) permite evaluar el compromiso de los cónyuges con su relación y los pasos dados hacia la separación o divorcio; las áreas de conflicto y conductas problemáticas de los cónyuges pueden evaluarse con el Cuestionario de Áreas Problema (Heavey, Christensen y

Malamuth, 1995) y el Inventario de Frecuencia y Aceptación de la Conducta de los Cónyuges (Christensen y Jacobson, 1997; Doss y Christensen, 2006), mientras que las Escalas Tácticas de Conflicto Revisadas (ETC2; Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996) permiten medir el nivel de violencia física de la pareja.

Tabla 18-1. Instrumentos útiles para la evaluación y detección
• Índice de Satisfacción en la Pareja (Funk y Rogge, 2007): mide la angustia en la relación. (Este instrumento puede descargarse de manera gratuita en *www.courses.rochester.edu/surveys/funk*).
• Cuestionario para la Pareja (Christensen, 2009): instrumento breve que evalúa la satisfacción, la violencia íntima y el compromiso en la pareja, incluye también descripciones abiertas de interacciones positivas y negativas típicas. (Este instrumento puede descargarse de manera gratuita en *http://ibct.psych.ucla.edu*).
• Inventario de Frecuencia y Aceptabilidad de la Conducta de la Pareja (Christensen y Jacobson, 1997; Doss y Christensen, 2006): evalúa la frecuencia y aceptabilidad de la conducta en 24 categorías de la conducta del cónyuge. (Este instrumento puede descargarse de manera gratuita en *http://ibct.psych.ucla.edu*).
• Inventario del Estatus Marital (Crane y Mead, 19890; Weiss y Cerreto, 1980): evalúa el compromiso con la relación y los pasos dados hacia la separación o divorcio. (Para obtener este instrumento, contacte con Robert L. Weiss, PhD, Programa de Estudios Maritales de Oregon, Departamento de Psicología, Universidad de Oregon, Eugene, OR97403-1227; *darkwing.uoregon.edu/-rlweiss/msi.htm*).
• Cuestionario de Áreas de Problema (Heavey, Christensen y Malamuth, 1995): evalúa las áreas problemáticas comunes o las áreas de desacuerdo en las parejas. (Este instrumento puede descargarse de manera gratuita en *http://ibct.psych.ucla.edu*).
• Escalas Tácticas de Conflicto Revisadas (Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996): evalúa la violencia doméstica. (Para obtener este instrumento, contacte con Multi-Health Systems, P.O. Box 950, North Tonawanda, NY 14120; *www.mhs.com*).
• Cuestionario Semanal (Christensen, 2010): evalúa eventos positivos y negativos importantes ocurridos desde la última sesión e incluye una forma breve del Índice de Satisfacción de la Pareja. (Este instrumento puede descargarse de manera gratuita en *http://ibct.psych.ucla.edu*).

Se recomienda que el clínico aplique, por lo menos, instrumentos que evalúen la satisfacción en la relación, violencia íntima, compromiso y áreas problemáticas en la pareja. La medición de la satisfacción en la relación funciona como medición del resultado y debe repetirse periódicamente. Las mediciones de la violencia, compromiso y áreas problemáticas son necesarias porque en el cuestionario los cónyuges pueden indicar preocupaciones que no mencionan de manera espontánea. Por ejemplo, las parejas no suelen mencionar en la terapia temas como los relacionados con violencia o problemas sexuales aunque estén presentes. Christensen (2010) desarrolló un Cuestionario de Pareja

Breve (Christensen, 2010) que puede ser utilizado por los clínicos para evaluar las condiciones de línea base de satisfacción, violencia y compromiso. Por lo general, los cuestionarios se entregan a los cónyuges en la primera sesión para que los respondan y los regresen luego en las sesiones individuales. Además de ser parte de la fase de evaluación, los cuestionarios pueden volver a aplicarse durante el tratamiento, al final del mismo y en el seguimiento para evaluar los cambios en los niveles de angustia y satisfacción en relación con los presentados por los cónyuges en línea base.

Evaluación de la violencia doméstica

Los instrumentos objetivos son particularmente útiles en la evaluación de la historia de violencia doméstica de una pareja, lo que constituye una parte crucial del ingreso de cada una, no sólo para determinar si la seguridad personal de cualquiera de los cónyuges está en peligro inminente sino también porque en algunas parejas violentas puede estar **contraindicada** la terapia de pareja (Jacobson y Gottman, 1998; Simpson, Doss, Wheeler y Christensen, 2007). La terapia de pareja requiere que ambos cónyuges asuman cierto grado de responsabilidad de sus problemas, pero dicha perspectiva es inapropiada cuando los problemas de la pareja incluyen violencia doméstica toda vez que los perpetradores deben asumir la responsabilidad exclusiva de su conducta. Además, dado que las sesiones de terapia pueden provocar emociones intensas, la terapia de pareja en sí puede desencadenar violencia posterior a la sesión. En tales casos, está indicado un tratamiento que se enfoque en la conducta violenta del perpetrador (y no en la angustia en la interacción de la pareja). Las Escalas Tácticas de Conflicto Revisadas (ETC2; Straus *et al*., 1996) y el Cuestionario de Pareja (Christensen, 2010) son herramientas de detección útiles para evaluar la frecuencia y gravedad de la agresión física en la pareja, y para determinar si la terapia de pareja está contraindicada. Por último, la historia de violencia de una pareja debe abordarse directamente durante la fase de evaluación, principalmente durante las sesiones individuales en que cada cónyuge puede hablar libremente sin temor a las consecuencias del otro.

Evaluación

La fase de **evaluación** por lo general incluye una sesión conjunta con los cónyuges (sesión 1) seguida de sesiones individuales con cada miembro de la pareja (sesiones 2 y 3). La meta principal de esta fase es permitir al terapeuta evaluar la idoneidad de la pareja para la terapia y de ser así, que desarrolle la **formulación.** Sin embargo, el terapeuta también debe usar el periodo de evaluación para orientar a la pareja respecto con el proceso de terapia. Además, aunque el terapeuta conductual integrativo no tiene intervención activa en la fase de evaluación, es posible que tenga un impacto terapéutico en esas primeras sesiones.

Orientación (sesión 1)

Después de los saludos y presentaciones, la pareja recibe orientación sobre el inminente proceso de terapia. Es probable que dicha orientación incluya la revisión y firma de una

forma de consentimiento informado en la que se explican los procedimientos de facturación, se define la confidencialidad y sus exclusiones, y se bosquejan los posibles riesgos y beneficios de participar en la terapia conductual integrativa de pareja.

Además de la información general proporcionada en el consentimiento informado, se orienta también a la pareja sobre el proceso específico de la terapia conductual integrativa de pareja. Los terapeutas deben explicar la diferencia entre las fases de evaluación y tratamiento y preguntar a la pareja si esto es diferente a lo que esperaban al asistir a terapia. Los terapeutas deben estar preparados para la desilusión de las parejas cuando se enteran de que la terapia no va a empezar de inmediato y explicarles la necesidad de un periodo de evaluación antes de poder ayudarlos.

Durante la primera sesión también se entrega a las parejas el manual *Reconcilable Differences* (Christensen, Doss y Jacobson, 2014; Christensen y Jacobson, 2000) y se les pide que completen la primera parte del libro antes de la sesión de retroalimentación. Idealmente, esta lectura ayuda a las parejas a empezar a conceptualizar sus problemas de una forma similar a la que usará el terapeuta para enmarcarlos durante la sesión de retroalimentación.

Los terapeutas deben estar conscientes de la posibilidad de que por lo menos uno de los cónyuges, si no es que ambos, sientan ambivalencia respecto con su participación en la terapia. Dicha ambivalencia debe ser normalizada y validada y el terapeuta debe explicar a los cónyuges que el periodo de evaluación también es su oportunidad de conocer al terapeuta y decidir si el tratamiento va a funcionar para ellos.

Áreas de problema (sesiones 1, 2 y 3)

Después de que la pareja ha sido orientada respecto con el proceso de terapia, el terapeuta empieza la evaluación con la revisión de los problemas que presenta la pareja. Buena parte de esta información puede obtenerse con instrumentos objetivos y durante la sesión individual con cada cónyuge, por lo que esta discusión no debería consumir toda la primera sesión. No obstante, es importante que en la primera sesión los cónyuges se sientan escuchados y validados y que el terapeuta entiende claramente sus problemas y su malestar.

A partir de la información obtenida de instrumentos objetivos y durante las sesiones de evaluación, los terapeutas deben ser capaces de describir a los cónyuges las áreas problemáticas y desarrollar su formulación. Las siguientes seis preguntas ofrecen una directriz para esta evaluación y cada una debe tener respuesta al final del periodo de evaluación.

1. ¿Qué tan angustiada está la pareja?
2. ¿Qué tan comprometida está la pareja con la relación?
3. ¿Qué temas dividen a esta pareja?
4. ¿Por qué esos temas son un problema para ellos? (el análisis DEEP)
5. ¿Qué fortalezas mantienen unida a esta pareja?
6. ¿Qué puede hacer el tratamiento para ayudarlos?

Las tres primeras preguntas pueden abordarse con cuestionarios objetivos. Sin embargo, incluso las preguntas que pueden abordarse con cuestionarios deben explorarse con mayor detalle durante las entrevistas. Por ejemplo, las sesiones individuales pueden ser particularmente útiles para evaluar si la angustia es tan grande que la separación es inminente, evaluar el nivel de compromiso de cada cónyuge con la relación y la posible presencia de amoríos, y para evaluar la historia de violencia física de la pareja.

La evaluación de las áreas problemáticas también debe incluir la determinación de la **disposición colaborativa** de la pareja (Jacobson y Margolin, 1979). Este término se refiere a la perspectiva conjunta de la pareja de que ambos cónyuges **comparten** la responsabilidad de los problemas de su relación y que **ambos** tendrán que cambiar para que también pueda hacerlo la relación. La fuerza de esta disposición determina si están indicadas las intervenciones orientadas al cambio o a la aceptación. Entre más fuerte sea la disposición colaborativa de la pareja, más probable es que tengan éxito las intervenciones iniciales orientadas al cambio. Pero en el caso de los cónyuges que carecen de esta disposición colaborativa y que entran a terapia creyendo que son la víctima inocente de la conducta del otro, es necesario enfocarse primero en el trabajo de aceptación.

La cuarta pregunta, por qué los temas de la pareja son un problema para ellos, requiere un análisis funcional en las líneas del análisis DEEP descrito antes. Por lo general es posible obtener información inicial sobre los cuatro aspectos del análisis en la entrevista conjunta, pero suele ser mejor dejar para las entrevistas individuales la comprensión más fina de esos factores, en particular las sensibilidades emocionales y los patrones de interacción. El análisis funcional de las emociones y los patrones involucra mucho más que una indagación directa porque es común que los adultos no estén al tanto de las contingencias que controlan su conducta o, de conocerlas, porque les avergüenza reconocerlas. El terapeuta debe ser particularmente sensible a las reacciones emocionales de los cónyuges, que pueden indicar reforzadores y eventos punitivos importantes. Por ejemplo, los cónyuges con el tema de cercanía-independencia discuten a menudo por la cantidad de tiempo que pasan juntos. Sin embargo, es posible que el problema específico no sea dónde se encuentran las contingencias más poderosas. Es posible que la historia de la esposa incluya haber sido abandonada por miembros de su familia en un momento en que más necesitaba su apoyo y consuelo. Su temor en su relación matrimonial es que su esposo haga lo mismo; para ella, el tiempo que pasan juntos es simplemente un pobre sustituto de sus preocupaciones de que él no se encuentre presente cuando lo necesite. Si confiara en eso, podría tolerar que el tiempo juntos fuese mucho menor. Por parte del esposo, supongamos que su historia de aprendizaje social lo llevó a ser especialmente sensible al hecho de ser controlado o restringido por otra persona. Por consiguiente, se enfrenta con su esposa por el tiempo que pasan juntos no tanto porque no quiera estar con ella sino porque siente que lo controla y naturalmente se resiste. En dicha situación, el terapeuta conductual integrativo necesita alejar la discusión de las peleas repetitivas sobre el tiempo que pasan juntos y dirigirla a las contingencias más importantes que afectan la conducta de cada cónyuge, por ejemplo, las sensibilidades emocionales que

cada uno lleva a la relación y al patrón de interacción que desencadena sus respuestas emocionales.

Las respuestas a la quinta pregunta sobre las fortalezas de la pareja, también provienen de las entrevistas conjunta e individuales. Es conveniente que las parejas tengan en mente sus fortalezas incluso cuando se enfocan en sus dificultades. Algunas veces existe una relación interesante entre las fortalezas de una pareja y sus problemas, en que los últimos pueden involucrar alguna variación de las primeras. Por ejemplo, lo que en principio atrajo a ambas personas eran, en parte, sus diferentes formas de ver la vida. Él es mucho más espontáneo, ella es más reflexiva y más dada a planificar. Esas diferencias pueden ser atractivas y valiosas en ocasiones, pero también pueden ser una fuente de irritación y conflicto.

Para responder la última pregunta, qué tratamiento puede ser provechoso, el terapeuta debe estar primero seguro de que la terapia de pareja es adecuada para los cónyuges. Si la pareja tiene un problema grave de violencia o de dependencia de sustancias, por ejemplo, por lo regular no se recomienda la terapia de pareja. Para esos problemas particulares se necesita de un tratamiento dirigido. Si la terapia de pareja es apropiada para ellos, el terapeuta debe describirles en qué se enfoca y qué incluye la terapia.

Historia de la pareja (sesión 1)

Después de que se orientó a los cónyuges sobre la terapia y que se evaluaron sus áreas problemáticas, el terapeuta aborda la historia de la relación de la pareja; su objetivo obvio al hacerlo es entender mejor el apego de cada cónyuge por el otro. A menudo las dificultades han escalado al grado de que ensombrecieron las razones por las cuales llegaron a unirse. Además, la historia puede proporcionar a las partes cierto beneficio terapéutico inmediato. Por lo general, cuando los cónyuges hablan de las primeras etapas de su relación (que por lo regular fueron más felices), es probable que su afecto se torne más positivo. Se han concentrado tanto tiempo en los aspectos negativos de su relación que probablemente no han pensado en el romance inicial, el cortejo y la atracción mutua en mucho tiempo. De este modo, hacer que las parejas describan la evolución de su relación puede ser terapéutico en y por sí mismo. Aunque para algunas parejas puede ser muy doloroso hablar de su historia sin culparse y sin hacer comentarios acusatorios (en cuyo caso el terapeuta debe abandonar las siguientes directrices y usar más bien la sesión para validar su dolor), la mayoría de las parejas disfrutan al recordar sus momentos dichosos.

La siguiente serie de preguntas ofrece al terapeuta información útil sobre la historia de la pareja y da a los cónyuges la oportunidad de reflexionar sobre las razones por las que se enamoraron en primer lugar:

- "¿Cómo se hicieron novios?"
- "¿Cómo fue su cortejo?"
- "¿Qué les atrajo del otro?"
- "¿Cómo era su relación antes de que empezaran los problemas?"

• "¿En qué es diferente su relación *ahora* de los días en que se llevaban bien?"
• "¿En qué cambiaría su relación si ya no existieran los problemas actuales?"

Esas y otras preguntas relacionadas también pueden revelar información valiosa sobre cada cónyuge, como sus esperanzas y sueños para el futuro. La información sobre la historia de la pareja ayuda al terapeuta a desarrollar la formulación que se presenta a los cónyuges en la primera sesión de retroalimentación.

Historia individual (sesiones 2 y 3)

La historia individual de cada cónyuge puede ofrecer información provechosa para la formulación, ya que permite conocer el contexto de la conducta de cada individuo y aclara sus respectivas vulnerabilidades emocionales. Por ejemplo, es posible que el esposo experimentara a su madre como una persona muy demandante con él y que afrontara esta situación con el retraimiento, por lo que continúa haciéndolo en respuesta a las demandas de la mujer. O tal vez la esposa sufrió el engaño de dos novios anteriores, por lo que es muy sensible a cualquier indicación de infidelidad del esposo.

Las siguientes preguntas pueden ser útiles para guiar la discusión sobre la historia individual de cada cónyuge:

• "¿Cómo fue la vida matrimonial de sus padres?"
• "¿Cómo fue su relación con su padre?"
• "¿Cómo fue su relación con su madre?
• "¿Cómo fue su relación con sus hermanos?"
• "¿Cómo fueron sus relaciones con anteriores parejas románticas importantes?"

Cada una de esas preguntas podría llevarse demasiado tiempo. El terapeuta conductual integrativo trata de obtener características de esas relaciones tempranas que sean similares o puedan influir en la relación actual. Por ejemplo, si el terapeuta está al tanto de una diferencia entre marido y mujer en términos de la comodidad que sentían con el conflicto, podría alejar al marido de los detalles de dónde vivía su familia y enfocarse en la expresión de conflicto que ocurría en su familia.

Retroalimentación

A partir de la información recabada durante las sesiones de evaluación y de los cuestionarios, el terapeuta desarrolla la formulación de la pareja y la analiza con los cónyuges en la sesión de retroalimentación (que suele ser la cuarta sesión). La sesión de retroalimentación puede seguir el esquema de las seis preguntas utilizadas antes para evaluar las áreas problemáticas de la pareja. Es importante que esta sesión no sea una conferencia del terapeuta sino un diálogo en que éste obtenga continuamente retroalimentación de la pareja sobre la formulación presentada. Los cónyuges son los expertos en su relación y deben ser tratados como tales.

La sesión de retroalimentación también se emplea para describir el plan de tratamiento

propuesto que se basa en la formulación del terapeuta. El terapeuta describe a la pareja las metas del tratamiento y los procedimientos para alcanzarlas. La terapia pretende crear dentro de la sesión un ambiente en el que puedan resolverse los problemas de la pareja por medio de alguna combinación de técnicas de aceptación y cambio. En relación con el análisis DEEP, la terapia conductual integrativa de pareja fomenta la aceptación emocional de las diferencias y sensibilidades emocionales de los cónyuges, ya que es probable que esos factores cambien, si acaso, muy lentamente. Si bien en ocasiones es posible cambiar los estresores externos, es común que también requieran aceptación. Lo que sí puede modificarse, y es el centro de atención de los esfuerzos de cambio de la terapia conductual integrativa, es el patrón de interacción. Los procedimientos para alcanzar las metas de aceptación y cambio suelen ser (1) discusiones dentro de la sesión de incidentes y temas relacionados con la formulación, y (2) tareas que deben realizarse fuera de la sesión además del trabajo que se realiza dentro de la misma. Durante la sesión de retroalimentación, el terapeuta presenta a la pareja el cuestionario semanal (Christensen, 2010), lo revisa y pide a cada integrante de la pareja que lo responda antes de cada sesión. Este instrumento proporciona información sobre las experiencias de la pareja desde la última sesión y es la base de las sesiones de tratamiento. El cuestionario incluye la versión de cuatro reactivos del Índice de Satisfacción de la Pareja (Funk y Rogge, 2007), lo que permite a los terapeutas monitorear de manera semanal la satisfacción de la pareja con su relación. El cuestionario pregunta si hubieron cambios importantes en la vida de la pareja y si ocurrieron incidentes de violencia o de consumo o abuso de drogas. Luego pide a cada cónyuge que describa la interacción más positiva o significativa y la interacción más difícil o negativa que tuvieron en la semana anterior, y les pregunta si anticipan algún suceso inminente que represente un reto. Por último, los participantes ordenan lo que piensan que es más importante analizar: el suceso positivo, el negativo o el inminente, o algún tema no vinculado con un incidente particular (p. ej., ahorrar dinero). Finalmente, hay un espacio para la asignación de las tareas a la pareja, si es que se asigna alguna. El contenido usual de las sesiones de terapia proviene de esos sucesos positivos, negativos e inminentes, así como los temas generales que los cónyuges indican en sus cuestionarios.

El propósito de la sesión de retroalimentación es orientar a los cónyuges respecto con las metas de cambio y aceptación por medio de la comunicación abierta y encontrar nuevas formas de considerar sus problemas. Además, la sesión de retroalimentación da a los cónyuges una idea de lo que pueden esperar de la terapia y obtiene su disposición a participar; finalmente, la sesión puede usarse para llevar a cabo algunas intervenciones. La primera intervención es la descripción que hace el terapeuta de las fortalezas de la pareja; a partir de esa discusión, los cónyuges pueden ver algunas soluciones a sus problemas. El terapeuta empieza con la asignación de los capítulos relevantes de la segunda parte de *Reconcilable Differences* (Christensen y Jacobson, 2000; Christensen *et al.,* 2014) en que se trata específicamente el tema de la aceptación. Después de que se describieron la formulación y el plan de tratamiento, y que los cónyuges aceptaron seguir con la terapia, el resto de las sesiones se dedican a construir la aceptación entre los

integrantes de la pareja y a fomentar el cambio en cada uno de ellos.

Tratamiento

Técnicas de la terapia conductual integrativa de pareja para construir la aceptación emocional

Por lo general, el tratamiento se concentra inicialmente en promover la aceptación, excepto en los casos en que los cónyuges son capaces de colaborar entre sí ("la disposición colaborativa") y desean hacer cambios específicos en su relación. En ese caso, el terapeuta empieza con estrategias de cambio.

En el contexto del trabajo de aceptación, el contenido de cada sesión es definido por los cónyuges y por lo que "llevan" cada semana. El terapeuta busca el material emocionalmente destacado que sea relevante para la formulación. Los temas de la discusión suelen ser los sucesos negativos o positivos recientes mencionados en el Cuestionario Semanal y que se relacionan con la formulación. Por ejemplo, una pareja con un tema de cercanía-independencia podría discutir un incidente difícil en que quien busca la independencia quería salir por la noche con amigos y quien busca la cercanía protestó. Las discusiones también pueden centrarse en los sucesos inminentes mencionados en el cuestionario semanal, como un viaje de fin de semana de la pareja, en que el buscador de independencia teme que no habrá espacio para que pueda estar a solas. En la discusión también se abordan temas generales relacionados con la formulación y mencionados en el cuestionario, por ejemplo, si viajes separados de fin de semana con amigos son aceptables para la pareja.

En ocasiones, durante la sesión ocurren hechos destacados que son relevantes para la formulación, y el terapeuta debe darles prioridad porque las emociones que involucran eventos durante las sesiones suelen ser más accesibles que los eventos que ocurren entre las sesiones. Por ejemplo, cuando el buscador de independencia se aparta cuando quien busca cercanía se agita emocionalmente durante una discusión, el terapeuta conductual integrativo se enfoca en este ejemplo "del momento" de su tema cercanía-independencia y utiliza el análisis DEEP para explorarlo y enmarcarlo; también podría estructurar durante la sesión interacciones que imiten sus dificultades o crear posibilidades para un tipo diferente de interacción. Por ejemplo, podría hacer que la pareja reproduzca una interacción reciente difícil para aprender de ella, o alentar a la pareja a intentar una interacción distinta y más positiva alrededor del tema. Todos esos temas son medios útiles para llevar a la práctica las tres estrategias de construcción de aceptación de *unión empática, separación unificada del problema* y *aumentar la tolerancia*. Las dos primeras estrategias se emplean más a menudo que la última porque pueden crear mayor cercanía y mayor aceptación.

LA UNIÓN EMPÁTICA

La **unión empática** se refiere al proceso mediante el cual los cónyuges dejan de culparse mutuamente de su sufrimiento emocional y en lugar de eso desarrollan empatía por la experiencia de cada uno. Para fomentar la unión empática, el terapeuta conductual

integrativo replantea el problema de la pareja como un resultado de diferencias comunes más que de deficiencias en cualquiera de los cónyuges, y destaca las sensibilidades emocionales que hacen especialmente difícil el manejo de esas diferencias. Las conductas de los cónyuges se describen en términos de sus diferencias mutuas y sus respuestas a esas diferencias son validadas como normales y comprensibles, en especial dadas las sensibilidades emocionales que cada cual puede poseer.

Al reformular de este modo la conducta de cada cónyuge, es importante que el terapeuta conductual integrativo enfatice el dolor que experimenta cada miembro de la pareja en lugar de destacar el dolor que cada uno ha provocado. Una estrategia para construir empatía entre los integrantes de la pareja es el uso de "revelaciones suaves". Es común que los cónyuges expresen su dolor emocional usando revelaciones "duras" de sentimientos como el enojo o la indignación. Aunque es más sencillo hacer revelaciones duras porque no ponen al descubierto la vulnerabilidad, para la otra parte es más difícil escucharlas porque implican culpa. Es la combinación de "dolor y culpa" que resulta en desavenencia. Pero si el terapeuta puede alentar a los cónyuges para que expresen su dolor **sin** expresar culpa, el resultado puede ser una mayor aceptación de la otra parte. Es común que los terapeutas conductuales integrativos animen las revelaciones suaves al sugerir la posibilidad de que sentimientos "suaves" como el temor, el dolor y la vergüenza estén detrás de la conducta de cada cónyuge. Aunque es más difícil hacer revelaciones suaves porque exponen la vulnerabilidad, para la otra parte es más sencillo escucharlas y activan más empatía. Por consiguiente, la unión empática es fomentada por (1) la **reformulación** de las desavenencias de una pareja como resultado de sus **diferencias** comunes y de las reacciones emocionales comprensibles a esas diferencias, y (2) el uso de **revelaciones suaves** para expresar emociones dolorosas. Esas revelaciones pueden manifestarse en la interacción entre el terapeuta y cada cónyuge o el terapeuta puede motivar a los cónyuges para hacerse directamente esas revelaciones, aumentando la intensidad emocional de la revelación y permitiendo a los integrantes de la pareja tener la conversación que no han tenido aunque pudieran haberlo hecho (Wile, 2008).

SEPARACIÓN UNIFICADA

Esta técnica de la terapia conductual integrativa de pareja permite a los cónyuges "apartarse" de sus problemas y describirlos sin asignar a la otra parte culpa o responsabilidad del cambio, lo que les permite llevar a cabo una "separación unificada" de sus problemas. Esta estrategia puede emplearse para involucrar a una pareja en una discusión profunda (DEEP) de sus diferencias (cómo surgieron esas diferencias de sus antecedentes), sus sensibilidades emocionales (que las experiencias pasadas pueden haber llevado comprensiblemente a dichas sensibilidades), sus estresores externos (lo que dio lugar a esos estresores) y sus patrones de interacción (cómo interactúa cada cual de manera que tienen sentido desde su perspectiva). Sin embargo, es más habitual que se utilice para ayudar a la pareja a entender, aceptar y eventualmente modificar sus patrones de interacción. Por ejemplo, el terapeuta puede hacer que los miembros de la pareja participen en un diálogo en el que usen términos no críticos para describir la secuencia de

un conflicto particular, incluyendo los factores que suelen desencadenar sus reacciones, cómo se conectan entre sí sucesos específicos, y cómo pueden desactivar o superar el conflicto en el futuro. La aproximación es un análisis intelectual del problema que se describe de una forma emocionalmente desapegada como una tercera parte (un "eso") más que en términos de "tú" o "yo". Cuando es posible, el terapeuta debe dar nombre al tema de la pareja, su patrón de interacción o su trampa mutua, y usarlo para definir el problema más allá de como un "eso". Al desapegarse del problema, los cónyuges tienen una oportunidad de hablar de su conflicto sin que éste los "cargue" emocionalmente. De esta forma pueden tratar de entender sus dificultades desde una postura más neutral y objetiva y concentrarse en su problema por medio de una especie de mindfulness o atención plena. El terapeuta también puede usar la metáfora y el humor para distanciar emocionalmente a la pareja del problema, siempre que el humor no menosprecie de manera alguna a ninguno de los cónyuges.

AUMENTAR LA TOLERANCIA

Construir la aceptación puede ser más difícil cuando uno de los cónyuges experimenta un intenso dolor emocional como resultado de la conducta de su pareja. En esas circunstancias, el terapeuta conductual integrativo debe ayudar a uno de los cónyuges a desarrollar tolerancia por la conducta "ofensiva" de la otra parte. En condiciones ideales, al desarrollar tolerancia el cónyuge experimenta una disminución en el dolor que le causa la conducta; pero para desarrollar su tolerancia debe dejar de esforzarse por impedir, evitar o escapar de la conducta "ofensiva" de su pareja. En lugar de eso, al exponerse a la conducta sin la lucha asociada, reduce su sensibilidad a esa conducta ofensiva e, idealmente, la experimenta de manera menos dolorosa.

Una estrategia para construir tolerancia es el "nuevo énfasis positivo" o destacar los **aspectos positivos de la conducta negativa del cónyuge**. Esta estrategia puede ser relativamente sencilla cuando una conducta negativa se relaciona de alguna forma con una cualidad que la otra parte encontró alguna vez atractiva en el otro. Por ejemplo, lo que una mujer ve como el "estiramiento" de su pareja podría ser la "estabilidad" que la atrajo en principio. Alternativamente, lo que él ve como el "despiste" o "irresponsabilidad" de su compañera podría ser el "espíritu libre" o la "rebeldía" que tanto lo atraía al inicio de su relación. El nuevo énfasis positivo no niega las cualidades negativas de la conducta en cuestión, pero ayuda a los compañeros a obtener la perspectiva de que cualquier cualidad suele tener características buenas y malas.

Otra estrategia para construir la tolerancia hacia las diferencias es enfocarse en **cómo se complementan esas diferencias entre sí** y presentarlas como parte de lo que hace que su relación "funcione". La estabilidad de uno de los cónyuges puede equilibrar el espíritu libre del otro. El terapeuta podría describirles cómo podrían estar "peor" de no existir esas diferencias. Las diferencias pueden convertirse en un aspecto positivo de la relación, algo de lo que los cónyuges se enorgullezcan en lugar de ser algo que ven como una amenaza destructiva.

Una tercera técnica para construir la tolerancia hacia la conducta de un cónyuge es

preparar a las parejas para los inevitables errores y fallos en la conducta. Esto es especialmente importante cuando los integrantes de la pareja empiezan a detectar cambios en su conducta y a sentirse positivos acerca del progreso que están logrando en la terapia. En este momento es que el terapeuta debe felicitarlos por su esfuerzo y su progreso, para luego advertirles que es probable que ocurran reincidencias. Debe pedirse a los cónyuges que imaginen algunas circunstancias en que es probable que ocurra una reincidencia y que consideren de antemano posibles respuestas a la misma. Trabajar la manera en que enfrentarán esos fallos los ayuda a desarrollar su tolerancia hacia ellos.

Una estrategia relacionada para el desarrollo de la tolerancia es indicar a las parejas que **simulen conducta negativa** mientras se encuentran en la sesión o en casa. Se instruye a cada miembro de la pareja para que realice una "mala conducta" designada -con la estipulación de que sólo debe presentar la conducta cuando no sienta deseos de hacerlo. Se proporcionan instrucciones a la pareja, de modo que cada integrante sepa que la mala conducta que está a punto de presenciar en la sesión o que puede ver en el futuro en realidad podría ser simulada. Idealmente esto introduce ambigüedad acerca de conductas negativas futuras que podría mitigar la respuesta emocional del cónyuge hacia ellas. Sin embargo, lo más importante es que la conducta simulada da a ambos cónyuges la oportunidad de observar los efectos de su conducta negativa en el otro. Específicamente, como están realizando la "mala conducta" en un momento en que no sienten deseos de hacerlo, pueden hacer esas observaciones mientras se encuentran en un estado emocional tranquilo que les permite ser más compasivos. Cuando se realiza en la sesión, el terapeuta puede ayudar a dar parte de las reacciones a la "mala" conducta. Cuando se realiza en el hogar, se indica a quien hace la simulación que informe a su pareja que la conducta fue fingida poco después de realizarla, de modo que la situación no escale y los miembros de la pareja tengan la oportunidad de "hacer el informe" luego de su "experimento".

Una fuente inevitable de dolor para muchas personas es el sentimiento de que su pareja no satisface sus necesidades de alguna forma importante. No obstante, es raro que un cónyuge pueda cumplir todas las necesidades del otro. Un aspecto importante de la construcción de la aceptación es que los cónyuges dependan más de sí mismos, que **cuiden de sí mismos**, para satisfacer sus necesidades. Deben ser alentados a encontrar formas alternativas de cuidar de sí mismos cuando sus parejas no pueden hacerlo. Es posible que necesiten aprender a buscar apoyo de amigos y familiares en momentos de estrés, o que deban encontrar formas nuevas de definir u resolver un problema por sí mismos. Conforme vaya aumentando la confianza en sí mismos, disminuirá la dependencia a sus cónyuges para satisfacer todas sus necesidades emocionales. En condiciones ideales, esto debe dar lugar a una disminución en la sensibilidad a la incapacidad de su pareja para cumplir sus necesidades, lo que debería disminuir el conflicto.

Estrategias tradicionales para fomentar el cambio

Para algunas parejas pueden estar indicadas las intervenciones de cambio. Que el

terapeuta conductual integrativo empiece a implementar técnicas de "aceptación" en lugar de técnicas de "cambio" depende principalmente de la disposición colaborativa de la pareja y de las necesidades específicas de tratamiento de sus integrantes. Sin embargo, las técnicas de cambio en general son más eficaces si se ponen en práctica más tarde en la terapia, después de que se ha hecho el trabajo de aceptación. A menudo es suficiente el trabajo de aceptación para producir el cambio mediante la aplicación de las habilidades y estrategias que ya se poseen. En esas situaciones, no es necesario emplear ninguna estrategia deliberada de cambio.

INTERCAMBIO CONDUCTUAL

La meta principal del intercambio conductual (IC) es incrementar la proporción de las conductas e interacciones positivas diarias de una pareja. Esas técnicas son instigadoras ya que pretenden incrementar en cada cónyuge la realización de conductas positivas. Como el intercambio conductual requiere una gran cantidad de colaboración entre los cónyuges, es mejor llevarla a cabo en un momento posterior de la terapia, después de haber realizado el trabajo de aceptación. Además de usar el intercambio conductual para aumentar las interacciones positivas de una pareja, el terapeuta conductual integrativo debe considerarlo como una herramienta diagnóstica para evaluar las posibles áreas en que se necesite más trabajo de aceptación.

Los tres pasos básicos del intercambio conductual son (1) identificar conductas que cada cónyuge pueda hacer por el otro y que podrían aumentar la satisfacción con la relación, (2) incrementar la frecuencia de esas conductas en el repertorio conductual diario de la pareja, y (3) reportar la experiencia de proporcionar y recibir conductas positivas. A menudo se asigna a los cónyuges la tarea de generar una lista de acciones del otro que podrían aumentar su satisfacción. Se instruye a los cónyuges que no discutan esas listas entre sí para disminuir la amenaza de críticas del otro y para que cada parte se mantenga concentrada en su propia tarea. En la siguiente sesión, se revisan y se analizan las listas de ambas partes de la pareja. La siguiente tarea podría ser realizar en la siguiente semana una o más de las acciones de la lista, sin informar a la pareja qué acción están realizando. En la siguiente sesión de terapia, los cónyuges revisan el éxito de la tarea que les fue asignada y si tuvo en el otro el efecto deseado. La lista puede ser modificada para eliminar los elementos que no parecen tener efecto, y en las sesiones posteriores cada cónyuge puede obtener retroalimentación del otro para optimizar el beneficio de las acciones de la lista.

ENTRENAMIENTO EN COMUNICACIÓN

Aunque muchas parejas se comunican de manera efectiva sin haber recibido "entrenamiento" formal, la mala comunicación puede exacerbar o incluso ocasionar muchos problemas en las parejas en dificultades. En sus intentos por hacer cambiar al otro, los cónyuges pueden recurrir a tácticas inadecuadas de comunicación como la coerción (llorar, amenazar, retirar el afecto). Aunque en el corto plazo la coerción puede funcionar y lograr que el otro cumpla la exigencia, es probable que su uso escale de tal

manera que se requieran tácticas cada vez más coercitivas para lograr el efecto deseado. Además, la coerción tiende a engendrar coerción, por lo que la coerción de uno de los integrantes de la pareja da lugar a la coerción del otro. El resultado inevitable de esas interacciones es la extrema polarización de los cónyuges. La meta del entrenamiento de comunicación y solución de problemas es enseñar a las parejas la forma de discutir sus problemas y negociar el cambio sin recurrir a tácticas destructivas. En condiciones ideales, esas habilidades serán de utilidad para las parejas incluso después de que la terapia haya terminado.

Como parte del entrenamiento de comunicación, se enseña a las parejas las habilidades del "hablante" y del "escucha". Para convertirse en "hablantes" más eficaces se les enseña a (1) enfocarse en sí mismos por medio de "afirmaciones en primera persona"; (2) enfocarse en la expresión de reacciones emocionales como "Me siento decepcionado…" o "Me siento enojado…."; y (3) enfocarse en las conductas específicas del cónyuge que dieron lugar a las reacciones emocionales, como "Me siento decepcionada cuando no me llamas cuando estás lejos". Para volverse mejores escuchas, se instruye a los cónyuges a parafrasear y reflejar lo que el otro acaba de decir. La paráfrasis asegura que ninguno de los integrantes de la pareja sea malinterpretado durante la conversación y disminuye la tendencia a saltar a conclusiones sobre lo que se está diciendo, además de que en general desacelera la interacción.

Una vez que los cónyuges recibieron alguna instrucción en esas habilidades de comunicación, se les pide que las usen en conversaciones de práctica durante la sesión de terapia. Comunicarse con esas directrices puede sentirse raro durante las conversaciones de práctica, por lo que el terapeuta debe adaptar las directrices al estilo de conversación de la pareja y explicarles que el seguimiento de las directrices se sentirá más natural con el uso. El terapeuta debe estar preparado para interrumpir y hacer correcciones si los cónyuges se desvían de las directrices y se involucran en una comunicación destructiva; debe proporcionarles retroalimentación después de cada sesión de práctica, y el ejercicio debe ser adecuadamente reportado. Cuando el terapeuta tiene confianza en que los cónyuges han mejorado sus habilidades de comunicación dentro de la sesión, los anima a practicarlas como tarea.

Esas habilidades básicas de comunicación a menudo permiten a los cónyuges compartir sus sentimientos entre sí y discutir los temas difíciles que surjan, como cuando uno de los miembros de la pareja se molesta por la acción del otro. Sin embargo, en ocasiones los miembros de la pareja necesitan hacer algo más que compartir sentimientos o reportar un evento. Necesitan resolver un problema inminente o recurrente, lo que es el propósito de las habilidades de comunicación para la solución de problemas.

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

A menudo, en las peleas de los cónyuges por los problemas diarios, sus intentos destructivos por resolverlos causan más daño que los problemas mismos. Esos intentos pueden empezar con la acusación de uno de los cónyuges, que se encuentra con la actitud defensiva y el enojo del otro. Pronto la pelea puede dar paso al contraataque con

culpas y ataques al carácter, mientras el problema mismo se pierde en el conflicto que lo rodea. En el entrenamiento para la solución de problemas, se enseña a las parejas a tener discusiones constructivas para resolver problemas en las que emplean tres conjuntos de habilidades: habilidades para la definición del problema, habilidades para la solución del problema y habilidades de estructuración.

Primero se enseña a los cónyuges a **definir** el problema de una forma tan específica como sea posible, precisando la conducta de interés y las circunstancias que la rodean. En un esfuerzo por incrementar la aceptación emocional se anima a los cónyuges a describir algunas de las emociones que experimentan como resultado del problema. Finalmente, se pide a ambos cónyuges que definan sus respectivos papeles en la perpetuación del problema.

Una vez que se definió el problema, la pareja puede empezar a trabajar en su **solución**, el primer paso para ello es hacer una lluvia de ideas en que la pareja intenta tantas soluciones como le sea posible. Se dice a la pareja que deben considerar todas las soluciones, incluso las imposibles o tontas. Se desalientan los comentarios evaluativos inmediatos sobre las soluciones encontradas en la lluvia de ideas, y se posterga la discusión de qué opciones son en realidad viables. Las sugerencias se anotan de modo que puedan revisarse después. Este ejercicio puede ser desenfadado y juguetón, a menudo produce afecto positivo durante la sesión. Una vez que se generó la lista, la pareja la revisa y elimina las sugerencias que son obviamente imposibles, tontas o que es poco probable que sean efectivas. Después de que la lista fue recortada, se considera el potencial de cada solución propuesta para resolver el problema. La pareja considera las ventajas y desventajas de cada posible solución, y la lista vuelve a modificarse hasta que se obtiene una lista final de opciones. Las sugerencias restantes se utilizan para formular una posible solución al problema. Se anota el acuerdo tomado sobre la solución y en ocasiones es firmado por cada miembro de la pareja. Por último, se pide a los integrantes de la pareja que consideren los obstáculos a la ejecución del acuerdo y que encuentren maneras de eliminarlos. Se les pide que coloquen el acuerdo en un lugar en el que ambos puedan verlo a menudo, y se establece una fecha para revisar su progreso en la solución del problema. En las siguientes sesiones el terapeuta verifica con ellos su progreso y, de ser necesario, puede renegociarse el acuerdo.

Por último, los cónyuges aprenden **habilidades de estructuración** para sus discusiones de solución de problemas. Para estructurar esas discusiones apartan un momento y lugar específico en que éstas tendrán lugar. También se les pide que no discutan el problema en la "escena del crimen", es decir, que posterguen la discusión de un problema hasta el momento designado. Finalmente, se instruye a la pareja para que se enfoque en un solo problema a la vez. Se pide a los cónyuges que durante las discusiones de solución de problemas sigan las directrices básicas de parafrasear las afirmaciones del otro y que eviten las inferencias negativas sobre las intenciones del otro y la comunicación verbal y no verbal negativa.

Los primeros intentos de la pareja para usar esas habilidades de solución de problemas deben ocurrir en la sesión bajo la supervisión del terapeuta. Pero una vez que los

cónyuges han practicado y recibido retroalimentación sobre sus habilidades de solución de problemas, se les anima a aplicar esas técnicas en casa para ayudarse a discutir y negociar sus dificultades.

Al llevar a la práctica esas habilidades de cambio conductual, el terapeuta conductual integrativo trata de adaptarlas a las necesidades particulares de la pareja. Por ejemplo, si para una pareja resulta útil ir y venir entre definición y solución mientras discuten un problema, el terapeuta podría eliminar la directriz que especifica que el problema debe definirse con cuidado antes de considerar las soluciones. O bien, el terapeuta no animaría la generación de soluciones tontas o imposibles si eso resulta molesto para una pareja, también trata de adaptar esas estrategias a la formulación para la pareja. Por ejemplo, si el que busca la cercanía tiende a dominar las discusiones y a hacer propuestas para resolver un problema relacionado con el tiempo que pasan juntos, mientras que el buscador de independencia tiende a retraerse de la discusión, el terapeuta podría cambiar el foco de la solución del problema al buscador de independencia.

Variables del terapeuta y del cliente relevantes para la terapia conductual integrativa de pareja

Como en cualquier terapia, es importante que los terapeutas conductuales integrativos mantengan una actitud no crítica hacia sus clientes. Pero en el contexto de la terapia conductual integrativa de pareja es particularmente importante que el terapeuta practique la aceptación con ambos cónyuges de la misma forma que se les pide a ellos que practiquen la aceptación entre sí. El terapeuta conductual integrativo debe validar las experiencias y respuestas de ambos integrantes de la pareja y encontrar maneras de desarrollar empatía y compasión hacia ellos, sin importar lo difícil que eso pueda ser.

Además de practicar la aceptación, es importante que los terapeutas conductuales integrativos escuchen con cuidado las interacciones de las parejas dentro de la sesión y que traten de identificar las funciones de sus diversas conductas problemáticas. Los terapeutas conductuales integrativos deben estar particularmente atentos a las señales sutiles, verbales y no verbales, que pueden ser relevantes para la formulación de los problemas de la pareja; también deben estar preparados para abandonar cualquier agenda prescrita a fin de abordar las necesidades inmediatas de la pareja en cualquier momento. Cuando ocurren interacciones destructivas dentro de la sesión, el terapeuta conductual integrativo no sólo debe ser capaz de mantener una apariencia de no confrontación sino también de detener la interacción de manera efectiva. Otras habilidades importantes del terapeuta incluyen el uso del lenguaje y la jerga de las parejas cuando hacen intervenciones. Finalmente, la meta de los terapeutas conductuales integrativos no es ser "animador" del éxito de la relación, sino crear un ambiente en que las parejas puedan experimentar la esperanza de encontrar una forma distinta de ser, y discutir y evaluar de manera segura sus propias relaciones.

Eficacia de la terapia conductual integrativa de pareja

Tres estudios atestiguan la eficacia de la terapia conductual integrativa de pareja: dos

pequeñas investigaciones piloto y un estudio importante de resultados. Wimberly (1998) asignó al azar a ocho parejas a un formato grupal de la terapia conductual integrativa y a nueve parejas a un grupo control por lista de espera, y encontró mejores resultados para las parejas que recibieron la terapia conductual integrativa. Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge (2000) asignaron al azar a 21 parejas a una terapia conductual integrativa o una terapia conductual tradicional. Al final del tratamiento, 80% de las parejas que recibieron la terapia conductual integrativa mostraron mejoría clínicamente significativa en la satisfacción con la relación, en comparación con 64% de las parejas que recibieron la terapia conductual tradicional.

A la fecha, el estudio más grande sobre la terapia de pareja en general y la terapia conductual integrativa en particular fue reportado por Christensen y colaboradores (2004). En un ensayo clínico en dos sitios realizado en la UCLA y la Universidad de Washington, Christensen y colaboradores asignaron al azar a 134 parejas con graves problemas crónicos a la terapia conductual integrativa o a la terapia conductual tradicional. Las parejas recibieron un máximo de 26 sesiones de terapia de pareja por terapeutas profesionales con nivel de doctorado, quienes proporcionaron ambos tratamientos y fueron cuidadosamente supervisados. Los datos de adhesión y competencia proporcionaron evidencia de que los tratamientos fueron entregados como se esperaba. Al final, 70% de las parejas que recibieron terapia conductual integrativa y 60% de las que recibieron terapia conductual tradicional habían logrado mejoría clínicamente significativa en la satisfacción con la relación. Los tamaños del efecto sobre la satisfacción marital previa y posterior al tratamiento fueron de $d = 0.90$ para la terapia conductual integrativa y $d = 0.71$ para la terapia conductual tradicional (consulte el trabajo de Christensen, Atkins, Baucom y Yi, 2010). Aunque los resultados finales no fueron significativamente diferentes, la trayectoria de cambio fue diferente para las parejas que recibieron las dos formas de terapia. Las parejas que recibieron terapia conductual integrativa mejoraron su satisfacción de manera constante durante el tratamiento, mientras que las que recibieron la terapia conductual tradicional mejoraron más rápidamente al inicio del tratamiento, aunque al final del tratamiento sus ganancias se aplanaban más que las de las parejas que recibieron la terapia conductual integrativa.

Atkins y colaboradores (2005) examinaron los predictores de la respuesta al tratamiento en el estudio anterior. Diversas variables interpersonales, como la calidad de la comunicación, predecían el estatus inicial de las parejas, pero unas pocas variables preciadas predecían el cambio del ingreso al final. Las parejas que habían estado casadas por más tiempo mostraban mayor mejoría en la satisfacción, y análisis exploratorios indicaron que las parejas sexualmente insatisfechas mostraban ganancias iniciales más lentas pero ganancias generales más constantes en la terapia conductual integrativa que en la terapia conductual tradicional.

Doss, Thum, Sevier, Atkins y Christensen (2005) analizaron los mecanismos de cambio en este estudio sobre la terapia de pareja. Al inicio de la terapia, los cambios en la frecuencia de las conductas blanco se asociaron con incrementos en la satisfacción en ambas condiciones de tratamiento. Sin embargo, más adelante, los cambios en la

aceptación de las conductas blanco se asociaron con incrementos en la satisfacción en ambas condiciones de tratamiento. La terapia conductual tradicional de pareja generó significativamente mayores incrementos que la terapia conductual integrativa de pareja en las conductas blanco al inicio del tratamiento. Sin embargo, la terapia conductual integrativa generó incrementos significativamente mayores en la aceptación de las conductas blanco durante el tratamiento. Por consiguiente, el estudio validó algunos de los mecanismos supuestos de cambio y las diferencias entre los tratamientos en su impacto sobre esos mecanismos.

Posteriormente, algunos estudios examinaron a esas parejas en un seguimiento: Christensen, Atkins, Yi, Baucom y George (2006) estudiaron datos de satisfacción con la relación en las parejas cada seis meses durante un seguimiento de dos años; Baucom, Sevier, Eldridge, Doss y Christensen (2011) examinaron datos observacionales en el seguimiento de dos años; y Christensen y colaboradores (2010) examinaron la satisfacción y el estatus de la relación aproximadamente cada seis meses en un seguimiento de cinco años. Las parejas por lo general conservaban las ganancias obtenidas en el tratamiento en cuanto a la satisfacción luego de dos años, y las parejas que habían recibido la terapia conductual integrativa mostraban una satisfacción con la relación significativamente superior en comparación con las parejas que recibieron terapia conductual tradicional en cada punto temporal durante los dos primeros años del seguimiento. Aunque las parejas que recibieron terapia conductual tradicional, y que recibieron entrenamiento explícito para la comunicación, mostraron mayor mejoría que las parejas que recibieron terapia conductual integrativa en la comunicación observada al final (Sevier, Eldridge, Jones, Doss y Christensen, 2008), quienes recibieron la terapia conductual integrativa conservaron más las ganancias durante los dos años (Baucom *et al.,* 2011). En los tres años subsecuentes, las parejas perdieron algunas de sus ganancias, y los resultados de ambas formas de terapia convergieron. En el seguimiento realizado durante cinco años los resultados de satisfacción matrimonial en relación al pretratamiento revelaron tamaños del efecto de d = 1.03 para la terapia conductual integrativa y de d = 0.92 para la terapia conductual tradicional; 50.0% de las parejas que recibieron terapia conductual integrativa, y 45.9% de las que recibieron terapia conductual tradicional mostraron mejoría clínicamente significativa. El estatus de la relación, obtenido para las 134 parejas, reveló que 25.7% de las parejas que recibieron terapia conductual integrativa y 27.9% de las que recibieron terapia conductual tradicional estaban separadas o divorciadas. Ninguno de esos hallazgos en el seguimiento de cinco años fue estadísticamente significativo. Esos datos de seguimiento se comparaban favorablemente con otros resultados a largo plazo de la terapia de pareja.

Baucom, Atkins, Simpson y Christensen (2009) examinaron predictores del seguimiento a los dos años. Como en el estudio anterior de predicción, hubo pocos predictores del resultado. Debido tal vez al mayor compromiso, la duración del matrimonio predecía mejores resultados en el seguimiento a los dos años. En este caso se usaron dos variables predictoras objetivas que no se emplearon en el estudio anterior de predicción: una medición de activación obtenida de las grabaciones de voz durante los

datos observacionales, y medidas de las tácticas de influencia obtenidas a través de análisis lingüísticos de datos observacionales transcritos. Usando esas medidas, las parejas con problemas moderados donde la esposa mostraba niveles menores de activación durante las discusiones de solución de problemas y se usaban con menos frecuencia las tácticas duras de influencia (que dan al compañero poco espacio para responder) tendían a mostrar un mejor desempeño en el tratamiento que las parejas con problemas moderados y niveles más altos de activación o las que solían usar más tácticas duras de influencia. Las parejas que recibieron terapia conductual integrativa solían tener mejores resultados que sus contrapartes en la terapia conductual tradicional cuando la esposa tenía niveles más elevados de activación y cuando las parejas usaban tácticas suaves de influencia. Si bien es claro que esos hallazgos deben ser reproducidos, es posible que las estrategias de la terapia conductual integrativa, que enfatizan la expresión emocional, funcionen mejor que las estrategias de la terapia conductual tradicional cuando existe una elevada activación emocional y cuando los cónyuges están más abiertos a la influencia.

Es importante advertir que aunque esta muestra estuvo diseñada para incluir a parejas con problemas crónicos graves, excluyó a parejas en que uno o ambos cónyuges presentaba trastorno bipolar, esquizofrenia o tendencias suicidas graves; cumplían los criterios para el abuso o dependencia actual de drogas o alcohol; cumplían los criterios de los trastornos límite, antisocial o esquizotípico de personalidad; o tenían una historia de violencia física severa. La lógica de esos criterios de exclusión fue que para dichos individuos era probable que estuviera indicado un tratamiento primario, distinto a la terapia de pareja. Sin embargo, la muestra **no** excluyó a parejas en que uno o ambos cónyuges sufría otros trastornos psicológicos como ansiedad o depresión. La lógica para incluir a esas parejas fue que su relación podía ser tratada a pesar de que los cónyuges presentaran esos problemas individuales. Además, algunos de los problemas de relación de las parejas podrían incluso estar **contribuyendo** a esos problemas individuales. Por consiguiente, los datos preliminares sugieren que la terapia conductual integrativa de pareja puede aplicarse con éxito a muchas parejas, incluyendo aquellas en que uno de los cónyuges presenta otros trastornos psicológicos. Por ejemplo, los estudios anteriores de predicción encontraron que los índices de enfermedad mental, incluyendo la Entrevista Clínica Estructurada para los diagnósticos del DSM-IV, **no** se relacionaban con las mejorías durante la terapia de pareja. Además, Atkins, Dimidjian, Bedics y Christensen (2009) encontraron que en esta muestra la depresión mejoraba a medida que mejoraba la satisfacción con la relación.

La investigación en curso con esta muestra examinará en mayor detalle el proceso de terapia de pareja, los mecanismos potenciales de cambio que se relacionan con el resultado a los cinco años y los predictores de ese resultado. Aparte de la investigación sobre esta muestra particular, se está llevando a cabo investigación adicional para ampliar el alcance de la terapia conductual integrativa. Brian, Doss y Andrew Christensen adaptaron esta forma de terapia para un tratamiento en línea y están evaluando su eficacia con el apoyo del Instituto Nacional de Salud y Desarrollo Infantil. Además, la

terapia conductual integrativa de pareja fue elegida como uno de los tratamientos con base en evidencia implementados a nivel nacional por la Administración de Veteranos de EUA. Los terapeutas de la Administración de Veteranos de todo el país están recibiendo entrenamiento intensivo que involucra varios días de talleres seguidos de seis meses de supervisión semanal mientras atienden a dos o más parejas con la terapia conductual integrativa. Un asesor entrenado en esta forma de terapia escucha las sesiones grabadas de los terapeutas, quienes deben alcanzar competencia en una escala de calificación de los criterios de la terapia conductual integrativa de pareja para poder completar con éxito el programa de entrenamiento. Como parte de ese trabajo se están recabando los datos de evaluación del programa, y los resultados iniciales sugieren resultados positivos de la terapia conductual integrativa de pareja con esta población de parejas de la Administración de Veteranos. Para mayor información sobre la terapia conductual integrativa de pareja, incluyendo el acceso a los artículos de investigación en línea y a una base de datos nacional de los terapeutas entrenados en este enfoque, visite *ibct.psych.ucla.edu*.

ESTUDIO DE CASO

Se presenta el caso de Anne y Mark para demostrar la aplicación de la terapia conductual integrativa de pareja. Se incluyen extractos de las sesiones de evaluación y retroalimentación, además de sesiones de tratamiento seleccionadas porque en ellas se hizo un buen uso de las intervenciones de construcción de aceptación de la terapia conductual integrativa de pareja.[3]

Anne y Mark eran una pareja de mediana edad, que había estado casada durante 10 años al inicio del tratamiento. Anne tenía tres hijos de un matrimonio anterior.

Evaluación

Sesión 1

Después de los saludos y presentaciones, el terapeuta de Anne y Mark (el Dr. S) empezó la primera sesión orientándoles sobre el proceso de evaluación de la siguiente manera:

> "Trabajaremos juntos durante las siguientes 25 sesiones. Ustedes ya dieron el primer paso del proceso de evaluación al responder todos esos cuestionarios. Sus siguientes tres visitas, incluyendo la de hoy, serán el segundo paso de la fase de evaluación. Hoy me reuní con ustedes dos para conocerlos, escuchar sobre su relación… que compartan parte de la historia de cómo se conocieron y de su noviazgo, hasta llegar al momento actual. Luego, durante las dos visitas siguientes, me gustaría conocerlos de manera individual. Después de eso, en la cuarta visita, les daré retroalimentación, en esta visita uniré toda la información de los cuestionarios y del tiempo que pasemos juntos hoy, así como del tiempo que pasemos de manera individual, para presentar un cuadro que nos permita entender lo que puede estar pasando".

Si la pareja expresa vacilación o ambivalencia acerca de estar en terapia, el terapeuta debería agregar lo siguiente:

> "El periodo de evaluación es también su oportunidad de conocerme y conocer el tipo de terapia que realizaremos, de modo que puedan decidir si esto coincide con sus necesidades justo ahora".

Después de verificar que Anne y Mark hubieran entendido la explicación, el Dr. S les solicitó una breve exposición de los problemas que presentaban:

> "Antes de que pasemos a su historia, tal vez podrían darme una idea de algunos de los problemas que los llevaron a decidir que debían buscar ayuda".

Después de que Mark y Anne se turnaron para describir su lado de los problemas en la relación, el Dr. S recabó la historia de desarrollo de la pareja, usando frases de sondeo como las siguientes:

“Empecemos por el principio. ¿Por qué no me cuentan dónde y cómo se conocieron?”
“Mark, ¿qué fue lo que lo atrajo de Anne al principio? ¿Qué la atrajo a usted Anne?
“Anne, ¿cómo supo que Mark estaba interesado en usted?… ¿Qué cosas le decía?… ¿Cómo flirteaba con él? ¿Quién hizo el primer movimiento?”
“¿Cuándo decidieron pasar de vivir juntos a casarse? ¿Cómo sucedió?”

En el curso de su descripción, Anne y Mark tuvieron muchas oportunidades de decir cosas elogiosas de cada uno. Mark describió a Anne como sensual, una cualidad que le resultaba muy atractiva, y Anne describió a Mark como una persona muy agradable y de buen trato. El Dr. S se mostró muy concienzudo y específico al solicitar detalles de la conducta de Anne y Mark durante el cortejo, como el hecho de que ambos coincidieron en que su primer beso fue muy bueno.

Incluso en esta parte de la fase de evaluación pueden presentarse oportunidades para construir la aceptación. En algún momento de la primera sesión, Anne hizo una revelación suave cuando habló de una ocasión en que rechazó inicialmente a Mark (quien le había pedido un baile). Anne dijo que cuando Mark no se enojó con ella por el rechazo, se sintió segura con él porque podía ser ella misma sin que se molestara. Dijo que esa cualidad de Mark la atrajo a él. Mark, quien dijo que al principio se sintió humillado por el rechazo de Anne, respondió a su revelación suave diciendo, “Estoy muy sorprendido por eso. Sé que es un sentimiento importante para ella, pero no me di cuenta de lo que ella sentía en ese momento”. Anne dijo que tampoco ella se había percatado de que se sentía de esa forma hasta que describió el incidente en la sesión de terapia.

Al final de la primera sesión, el Dr. S tenía una buena imagen de la historia de Anne y Mark juntos, las cualidades que los habían atraído inicialmente y alguna idea de sus áreas problemáticas. Las dos siguientes sesiones individuales lo ayudaron a “completar” la información faltante que necesitaba para su formulación.

Sesiones 2 y 3

El Dr. S introdujo las sesiones individuales con una breve orientación, seguida de una introducción de la evaluación continua de las áreas problemáticas de la pareja:

> “Hay muchos temas diferentes que revisaremos hoy mientras avanzamos. Me gustaría dedicar cierto tiempo a aclarar algunos de los problemas que han tenido usted y (Anne/Mark). En nuestra primera reunión usted describió algunos problemas que percibía acerca de [área problemática]. ¿Puede contarme a qué se refería?”

Además de los problemas que Anne y Mark plantearon en la sesión conjunta, el Dr. S utilizó las sesiones individuales para abordar áreas problemáticas que Anne y Mark habían indicado en el Cuestionario de Frecuencia y Aceptabilidad de la Conducta del Cónyuge:

"Cuando revisé su lista de áreas problemáticas, el punto que más le preocupaba era [área problemática]. ¿Puede describírmelo?"

El Dr. S fue muy específico en sus esfuerzos por hacer que Anne y Mark describieran sus desacuerdos y peleas. Para alentarlos a ser conductualmente específicos en esas descripciones, utilizó preguntas de sondeo:
"¿Ustedes pelean por [área problemática]? ¿Cómo son esas peleas?"
"¿Qué *tiende* usted a hacer cuando los dos están enojados?"
"Descríbame su pelea más reciente. Descríbame la peor pelea que haya tenido nunca. Si tuviera una cámara de video con usted, ¿qué es lo que vería?"

Además de entender sus patrones de conflicto, el Dr. S preguntó cómo se manejaban los problemas en las familias en que crecieron ("¿Cómo lidiaban sus padres con el conflicto?"). Esta información puede ser útil para entender la historia de desarrollo y las vulnerabilidades emocionales que cada integrante de la pareja lleva al conflicto, y los patrones que cada uno puede arriesgarse a repetir o está intentando evitar (p. ej., violencia física).

Cuando solicitó a Mark y Anne que describieran sus peleas, el Dr. S también evaluó si la pareja se involucró alguna vez en violencia física. Esta evaluación es una parte crucial de la terapia de pareja y es una razón importante para la realización de esas entrevistas individuales. En este caso resulta útil hacer una pregunta directa:

"¿Sus peleas alguna vez han llevado a empujones, empellones o cualquier tipo de violencia física?"

Si cualquiera de las partes respalda la pregunta o manifiesta violencia en un cuestionario como las Escalas Tácticas de Conflicto Revisadas, debe hacerse una evaluación más minuciosa de la violencia a fin de realizar las canalizaciones apropiadas (Jacobson y Gottman, 1998). En este caso, la violencia no era un problema para Anne y Mark.[4]

Finalmente, las sesiones individuales proporcionan una buena oportunidad para que el terapeuta evalúe el nivel de compromiso de cada cónyuge con la relación. Esta evaluación también incluye una indagación de si uno o ambos cónyuges están involucrados en relaciones extramaritales. Las aventuras requieren un tratamiento especial en la terapia conductual integrativa (Jacobson y Christensen, 1998) que escapa al alcance de este capítulo. Por fortuna, la relación de Anne y Mark no era aquejada por aventuras extramaritales. En las sesiones individuales, el Dr. S les preguntó:

"En una escala de 1 a 10, ¿cómo calificaría su nivel de compromiso con [Mark/Anne]"

Para el final de las respectivas sesiones de evaluación de Anne y Mark, el Dr. S tenía información suficiente sobre sus áreas problemáticas, sus patrones de conflicto (incluyendo el hecho de que no existía una historia de violencia), la historia familiar

relevante y su nivel de compromiso para llegar a su formulación y proceder con la sesión de retroalimentación.

Retroalimentación y formulación

Sesión 4

El Dr. S empezó la sesión de retroalimentación orientando a Anne y a Mark acerca de lo que podían esperar y solicitando a su vez retroalimentación acerca de su formulación y descripción de sus áreas problemáticas:

> "Como les mencioné en la primera sesión, en esta ocasión me gustaría compartir con ustedes cierta retroalimentación. Dediqué algo de tiempo a revisar sus cuestionarios, pasamos cierto tiempo hablando, todo lo cual me ha ayudado mucho a entenderlos mejor. Conforme avancemos, me gustaría mucho contar con su participación, conocer sus reacciones, porque esa es una parte importante de nuestro trabajo juntos, en el que no soy yo quien dirige sino que los dos me responden, exponen cualquier pensamiento que tengan y agregan cualquier información que sea adecuada o me dicen cuando no es adecuada la información".

El Dr. S empezó dando retroalimentación a Anne y Mark a través de la explicación de la información obtenida de los cuestionarios que llenaron:

> "Los instrumentos que me entregaron fueron diseñados para darnos una idea de dónde se encuentran como pareja en un rango que va de las que tienen un matrimonio muy feliz a las que experimentan problemas "cotidianos" normales, hasta el otro extremo del espectro, las parejas que son muy parecidas a otras que se han divorciado. Ustedes dos se encuentran en el área de las parejas que experimentan problemas y a quienes les gustaría que las cosas mejoraran. Los dos están angustiados, aunque Anne reportó niveles más altos de malestar".

El Dr. S continuó con el resumen de los niveles de compromiso de Anne y Mark, que caracterizó como una fortaleza para su trabajo en la terapia:

> "En lo que respecta al compromiso, los dos están comprometidos con la relación, lo que es muy importante para ambos y para el trabajo de pareja, es muy revelador que a pesar de todo lo que ha sucedido, todavía hay compromiso. Los dos lo han demostrado y expresado".

El Dr. S continuó con el resumen del contenido de las áreas problemáticas de Anne y Mark. Había sintetizado los datos del cuestionario y sus descripciones dentro de la sesión a las siguientes tres áreas problemáticas básicas:

> "Hablemos entonces de las áreas de su relación que son preocupantes. Una es el área de las finanzas, ya que tiende a ser un área de disputa. Para usted Anne, que en

ocasiones se siente resentida por la carga de la responsabilidad, y para usted, Mark, que se siente culpable por la situación financiera. Esta área realmente suscita muchos sentimientos diferentes (de resentimiento, de culpa, de carga) y en lugar de sentimientos de cercanía y de solidaridad, sentimientos de control. ¿Les parece que eso es correcto? ¿Hay otros aspectos de las finanzas en que ambos puedan pensar?

"La otra área que vi, tiene que ver con los hijos de Anne. Los dos tienen sentimientos muy distintos a ese respecto; Anne, usted siente que Mark no se involucra con sus hijos y Mark, usted siente que no ha sido invitado. Para usted, Mark, la experiencia de ser rechazado [por los niños] es culpa de Anne. Ésta es un área que provoca sentimientos muy intensos en ambos, hayan sido o no expresados directamente. Tal vez no hablen de ello, pero en definitiva tengo la impresión de que es una verdadera olla de presión para los dos. Es un área que supongo que se presenta de distintas formas, en especial con las fiestas que vienen.

"La tercera área que veo atañe a la capacidad de respuesta. '¿Qué tan receptivo/a eres conmigo?' Sea que lo hagan de manera física ('No eres lo bastante receptivo(a)' o 'Eres demasiado sensible'), que escuchen ('¿Me estás escuchando?'), toquen o hagan una pregunta, sus acciones pueden transmitir un mensaje de lo que quieren expresar o un sentimiento que están experimentando. De modo que trabajaremos en parte en la expresión de esos sentimientos que tienen. Los cuales pueden ser una sorpresa para ambos".

A lo largo de cada una de sus descripciones, el Dr. S buscaba la retroalimentación de Anne y Mark acerca de cada área problemática y lo que ellos podrían agregar a su descripción.

Incluso en esta parte de la sesión de retroalimentación, se presentó una oportunidad de trabajar la aceptación. Cuando Mark habló de su relación con los hijos de Anne, al principio hacía sólo revelaciones "duras", describiéndolos como chicos groseros que sólo podían hablar de sí mismos. Como Mark hizo esas afirmaciones tan críticas de los hijos de Anne, el Dr. S obtuvo algunas revelaciones más suaves acerca de sus emociones relacionadas con los muchachos:

Dr. S: Además de que son groseros, ¿con qué sentimiento se queda cuando [los hijos de Anne] no le hablan?

MARK: Me quedo con el sentimiento de que soy ignorado.
DR. S: Además de ser ignorado, ¿cómo se siente?
MARK: Siento que no importo, que sólo estoy ahí para servirlos.
DR. S: Como si no fuera parte de la familia.
MARK: Sí. Pienso que me resigné a esperar que demuestren su amor por su madre.
DR. S: Entonces, ¿le molesta que no se interesen en su madre? No se trata sólo de usted, ¿tiene algunos sentimientos sobre la forma en que los hijos de Anne interactúan con ella?
MARK: Sí, los tengo.

DR. S: ¿Y eso lo molesta?
MARK: Sí, me molesta. Me siento protector. Me gustaría que le mostraran más aprecio. Pero también me gustaría demostrar más aprecio por ella. Creo que no le demuestro suficiente aprecio. Tal vez están relacionados… es un recordatorio de las cosas que **no estoy** haciendo bien.

Al cambiar a Mark de criticar a los hijos de Anne a hacer afirmaciones suaves sobre sus sentimientos, el Dr. S le dio la oportunidad inesperada de hacer descubrimientos importantes sobre su propia conducta, su sensibilidad emocional.

Después de revisar sus áreas problemáticas, el Dr. S procedió a describir los dos temas que había observado en su evaluación de Anne y Mark:

"A partir de lo que ambos describieron en sus sesiones individuales, sus cuestionarios e incluso hoy, me parece que hay dos temas que se revelan para ustedes. Cuando digo "tema", es como en nuestras sesiones; cualesquiera que sea la cuestión, usualmente hay un tema. El tema es algo que sacaré a colación de vez en cuando. Una vez más, es algo en lo que trabajaremos juntos. Puede adoptar una forma diferente, por lo que deseo compartirlo con ustedes para asegurarme de haber dado en el clavo. ¿Está bien?

"Me parece que el primer tema es que los dos sienten que no son queridos ni apreciados. Tienen una idea de lo que significa ser querido, y una idea de lo que significa ser apreciado, pero sus definiciones son diferentes. Y por esas definiciones diferentes y por sus experiencias distintas, si algo sucede los deja sintiendo que no son apreciados ni queridos. Dentro de las peleas por las finanzas o los hijos, hay algo acerca de eso, acerca de no sentirse apreciados. ¿Cómo suena eso para ustedes?

"El segundo tema es que los dos tienen inseguridades. Los dos tienen sentimientos de inseguridad, por la razón que sea. Algunas de las discusiones, de las diferencias, los conflictos y las grandes peleas, resultan también de eso. Ese sentimiento aparece y puede generar toda la batalla. Un ejemplo concreto es que usted, Anne, describió que se sentía insegura de sí misma en relación con algunos de sus familiares. Eso afecta la forma en que se siente consigo misma en relación con otras mujeres. Mark, usted describió sentirse inseguro respecto al hecho de que Anne no ha anulado su matrimonio anterior. Eso puede afectar la confianza que siente en comparación con otros hombres. De nuevo, esos sentimientos de inseguridad, de no sentirse amados ni apreciados, esos son los temas."

Después de que el Dr. S describió cada tema -algunas de las diferencias, sensibilidades emocionales y estresores externos relacionados- y de que recibió retroalimentación de Anne y Mark acerca de esos temas, continuó con la revisión de sus patrones de comunicación o polarización y la trampa mutua resultante:

"Ahora, ¿qué es esta cosa que llamamos la "trampa" en la que ambos han caído? Cada uno de ustedes tiene formas distintas de responder a la sensación de no ser amados y

de inseguridad. La idea que tengo es que, cuando Mark empieza a sentir esas cosas, usa la distancia. La idea que tengo de usted, Anne, es que usted se vuelve crítica. Si los pongo juntos, tienen un ciclo. Aparecen los sentimientos, Mark se distancia y Anne se torna crítica. Mark siente la crítica y se distancia, Anne experimenta la distancia y se torna crítica. Distancia, crítica, crítica, distancia. Eso es lo que llamamos la trampa. Puede ser que tomen turnos para ser críticos y distantes, y que cada respuesta haga que la otra persona se sienta incluso más insegura".

Después de revisar el proceso de polarización y la trampa mutua, el Dr. S procede a explicar a la pareja lo que pueden esperar de las siguientes sesiones de terapia:

"Entonces, esto que vamos a hacer en las siguientes semanas, los tipos de cosas de las que hablamos hoy. Hablaremos de lo que sea que sucede para ustedes dos en un determinado día. No va a ser estructurado en términos de cosas que *tenemos* que hacer cada día; depende de ustedes, de lo que ustedes traigan.

"Lo que yo espero hacer es crear un lugar que sea lo suficientemente cómodo para que los dos se arriesguen a abrirse y a compartir algunas de sus reacciones, de sus preguntas y sus experiencias. Hay aquí un deseo de cercanía que requiere que se compartan cosas y que se corran algunos riesgos. Ahora, no hay garantía acerca de cómo va a reaccionar la otra persona. Puede ser que no siempre sea agradable. Pero, por otro lado, ese es el precio que tenemos que pagar para llegar ahí, a la apertura. Pueden pensar más en esto y de semana a semana podemos reformularlo, y eso nos ayudará a tener una imagen más clara".

Una vez que preparó el terreno con la formulación, incluyendo los temas, el análisis DEEP y la trampa mutua, el Dr. S estaba preparado para empezar a trabajar en la construcción de la aceptación.

Tratamiento: fortalecimiento de la aceptación

La mayor parte de las sesiones subsecuentes de Anne y Mark se enfocaron en el desarrollo de la aceptación. A continuación se presentan algunos extractos de algunas sesiones en que el Dr. S ayudó a la pareja a incrementar su aceptación con técnicas como unión empática, separación unificada y aumento de la tolerancia.

Sesión 12

El contenido de esta sesión trata de la búsqueda de un condominio por parte de Anne y Mark y de las dificultades que estaban experimentando. La revisión incluye la admisión de Mark de que se siente inadecuado e inseguro porque no gana suficiente dinero que les permita adquirir el condominio con el que Anne sueña. Esto dio lugar a una oportunidad para explorar el tema de inseguridad de Anne y Mark.

MARK: Si nos conformamos con un condominio que en realidad no queremos, será para siempre un monumento a mi incapacidad para conseguir el condominio que ella quiere.

DR. S: Me pregunto si hay otra parte que cuestiona, "¿Alguna vez seré capaz de darle lo

que desea?"

MARK: Sí. Si ella se hubiera casado con alguien que tuviera mucho dinero, podría tener todo lo que quisiera.

ANNE: Pero si tu te casaras con una mujer preciosa y 20 años más joven, tendrías una esposa trofeo, pero no fue eso lo que sucedió. (*Ambos ríen)*.

DR. S: Entonces eso puede ser parte de su inseguridad. Si mirara lo que usted experimenta como "la forma en que él quiere las cosas", entonces quizá él sería más feliz.

MARK (*al Dr. S*): Me parece que así es como se siente acerca de sí misma en sus peores momentos. Que tal vez todos los hombres son atraídos por mujeres más jóvenes y que uno tiene que acoplarse para no perder lo que es importante para uno… (*a Anne*) Quizá es la forma en que ves tu deseo de tener el condominio de tus sueños. La forma en que te abstienes de decir "¿Está ahí ese abogado rico que me mira todo el tiempo?"… (*al Dr. S*) Pienso que sería muy natural que ella pensara en eso.

Este diálogo también revela la separación unificada que Anne y Mark están desarrollando, cuando ambos rieron por el comentario de Anne sobre una "esposa trofeo". Lo que antes era un tema muy doloroso para Anne se está convirtiendo en algo sobre lo que pueden bromear. La discusión pasó luego a explorar las inseguridades de Anne acerca de las relaciones de Mark con otras mujeres:

DR. S: Entonces, ¿cuál es, a sus ojos, la "expectativa" ideal para Mark? Usted hizo referencia a una "expectativa" que es su ideal.

ANNE: Bueno, probablemente alguien más joven, que pueda tener hijos, que juegue tenis, que trote y que también cocine y limpie, que se gane bien la vida, que sea muy buena en la cama…

DR. S: (*a Mark*) Porque esto es comparable con el hombre rico que usted ve con Anne. (*a Anne)* Para usted, es la mujer que…

ANNE: Pero esa mujer existe. Hay muchas mujeres así.

Dr. S: Y es la forma en que usted ve y experimenta que Mark hable con otras mujeres. Y en ocasiones se pregunta en qué medida lo disfruta, y piensa que es cuestión de tiempo si no está dispuesta a dar la talla…

ANNE: Correcto, que alguna otra mujer va a ser capaz de entrometerse sin problema.

DR. S: Cuando se presentan las inseguridades para los dos. Para usted Mark, es el hombre rico que podría aparecer y proporcionarle a Anne lo que desea, y para usted Anne, es que no puede competir físicamente -con el ejercicio- por lo que es sólo cuestión de tiempo que se presente una mujer que decida "Voy a perseguirlo". Anne, ¿puede contarme algunas de las cosas que hace Mark que la hacen sentir amenazada?

ANNE: Cuando hace comentarios sobre lo atractiva que es una mujer, como si yo fuera uno de los chicos. Cuando me dice que estoy gorda o comenta que tengo papada…

DR. S: Lo que luego le dice que no es sarcástica.

ANNE: Sí.

El Dr. S. regresa luego al tema de la compra del condominio y lo usa como metáfora de las preocupaciones de Anne y Mark respecto a "conformarse" con menos de lo que quieren para hacer un mayor compromiso:

DR. S: Cuando ustedes hacen un compromiso, sea que se comprometan con un condominio o con una relación, eso es llegar a un acuerdo, están acordando, están diciendo, "Éste es".

ANNE: Es una buena forma de verlo. No lo había pensado así. Eso es lo que nos está ocasionando problemas… la realidad es que no vamos a obtener todo lo que deseamos. La inseguridad, el miedo de hacer la compra, es saber que nunca vamos a obtener lo que deseamos.

MARK: Parte de eso es nuestra preocupación de que el siguiente condominio que veamos será el que deseamos.

ANNE: Correcto, es el condominio en la siguiente colina.

MARK: Entonces tu tienes que pensar: "¿Debemos conformarnos con 60% de lo que deseamos? ¿Estoy pensando en 60%? Yo pensaba en algo más cercano a 90%. Entonces no sé cuando se supone que cortes por lo sano y digas tenemos que ir por éste, éste es lo que dicta la realidad.

DR. S: Y si podemos dar un paso más, podría ser que cuando decidieron casarse, los dos llegaron a un acuerdo. Ambos empezaron a preguntarse si el otro se había conformado con 60% o 90%. Se preguntaron "¿Qué fue lo que acepté? ¿Me conformé con 60 o 90%?"

MARK: Sí.

ANNE: Correcto.

DR. S: Ahora ¿qué creen que suceda si se encuentran en una situación en que se sienten inseguros? Cuando se encuentran en un lugar inseguro, ese 90% podría sentirse como…

ANNE: 50%.

DR. S: Exactamente. Cuando se sienten bien piensan, "Ella obtuvo conmigo 90% de lo que quería" o "Yo obtuve 90%". Pero cuando se encuentran en un lugar inseguro, piensan "Me conformé con 50%". Luego, cuando miran su propia inseguridad, piensan, "Dios, ella se conformó con 35% o 40%". Los dos llegaron a un acuerdo cuando se casaron. Decidieron "Aquí está, vamos a casarnos", y lo acordaron.

MARK: Pero "acordaron" tiene connotaciones muy negativas.

DR. S: Pienso que existen algunos sentimientos asociados con eso. Y un paralelo de la palabra "acuerdo" es "aceptación".

MARK: Oh, ya veo.

DR. S: Cuando llegaron al acuerdo, pensaron: "Esto es lo que es esta persona". Sea 90, 80, 60 o 35%, ustedes lo acordaron, básicamente dijeron, "lo acepto".

Usando la compra del condominio como metáfora, el Dr. S subrayó la forma en que el tema de inseguridad de Anne y Mark se alimentaba a sí mismo y la manera en que eso los llevaba a cuestionarse si se habían "conformado" con menos de lo que deseaban en la

relación. Agregar a su tema el componente adicional de "inseguridad acerca de lo acordado" ayudó a Anne y Mark a entender las cosas que hacía cada uno para "amenazar" al otro (p. ej., cuando Mark habla de su atracción hacia mujeres más jóvenes) y también a construir un puente para trabajar en la aceptación.

Sesión 17

En esta sesión el Dr. S siguió procesando el tema de inseguridad con Anne y Mark. En esta parte particular del diálogo, mientras Anne y Mark analizan un proceso de polarización familiar, Mark le sugiere a Anne que haga más ejercicio. Anne interpreta la sugerencia de Mark como una crítica a su apariencia, lo que la hace sentir insegura y amenazada, por lo que "contraataca" a la sugerencia deprimiéndose y "no haciendo nada", lo que a su vez incrementa las críticas de Mark.

Aquí el Dr. S utilizó las técnicas de construcción de la aceptación de la terapia conductual integrativa. La primera técnica es la unión empática. Mientras el Dr. S intenta "llegar al fondo de" las sugerencias o críticas de Mark hacia la apariencia de Anne, Mark hace la siguiente revelación suave acerca de sus propias inseguridades:

DR. S: Ésta es una cuestión central. Existen ciertos límites básicos que ustedes tienen, cuando dicen, "Hasta aquí te acepto, pero después de eso es mejor que cambies". Por otro lado, esto es lo que son. **Esto es quienes son.** La ironía es que, una vez que lo aceptamos, puede producirse el cambio. Pero hay que presionar para determinar dentro de nosotros mismos no sólo los límites de la otra persona, sino también los nuestros. Tengo la impresión de que los dos se están explorando a sí mismos y a sus propios límites.

ANNE: Tal vez así sea.

DR. S: Los dos están revisando sus propios límites. En su caso, Anne, se trata de su aspecto, de su apariencia. Y para usted Mark, tiene que ver con su papel como proveedor financiero. Y existe la tentación, cuando la situación se torna incómoda, que es cuando su pareja llega a desviar su atención de eso en lugar de ser capaz de hablar de cómo se están sintiendo.

ANNE: Sí.

MARK: Sí, creo que lo he notado, desde que empezamos la terapia eso es lo que hago. Cuando me siento inseguro de mi mismo, empiezo a mirar al exterior y a decir, "Deberías hacer esto", y eso me hace sentir mejor.

DR. S: Correcto, eso es activo. Puedo dar consejos, puede ser una cuestión masculina, "Haz esto, haz aquello".

MARK: Correcto, también lo hago con sus hijos. Sé que lo hago.

En lugar de enfocarse en la naturaleza critica de las sugerencias de Mark, el Dr. S hace énfasis en **por qué** se torna crítico. Anima a Mark a considerar las **razones** de su conducta, y como resultado éste revela que se torna crítico cuando se siente inseguro. Mark reconoce que eso sucede no sólo en relación a sus intentos por dirigir la conducta de Anne, sino también en su interacción con los hijos de ella.

La segunda técnica de construcción de la aceptación usada por el Dr. S en esta parte de la sesión es una intervención de tolerancia: enfatizar los aspectos positivos de la conducta negativa del cónyuge. El Dr. S continúa:

DR. S: En algunas situaciones podría funcionar muy bien [dar consejos]. A la gente le podría gustar eso, podría agradarle su trabajo como consejero, Mark. Eso lo hace sentir realmente productivo.
MARK: Sí, puedo cambiar la vida de la gente. Sé que lo hago.
DR. S: Por otro lado, podrían haber algunas circunstancias en que eso se experimente como ser crítico, y pienso en esto en términos de ustedes dos. Eso alimenta la sensación de Anne de ser criticada.
ANNE: Sí.
DR. S: Y luego se siente como una amenaza, como "Si no haces algo al respecto, entonces…"

En este punto el Dr. S replanteó de manera positiva la sugerencias de Mark hacia Anne como un intento de darle orientación o consejo. Mark, un consejero laboral, está acostumbrado a hacer esas sugerencias a otros como una forma de ser constructivo o servicial. El Dr. S subraya este aspecto de la conducta de Mark -que esta misma cualidad de "consejero" es lo que lo hace muy bueno en su trabajo. Sin embargo, el Dr. S no intenta replantear la conducta de Mark como *completamente* positiva, sino que hace hincapié en la forma en que Anne experimenta el "consejo" de Mark como algo crítico y amenazante.

Al final de la sesión, el Dr. S vuelve a describir el proceso de polarización de Anne y Mark en términos de la información surgida de esas dos intervenciones.

DR. S: Me parece que lo planteó muy bien Mark. Cuando usted empieza a sentirse incómodo, ese es su proceso, es lo que hace. Empieza a mirar fuera de sí mismo. Desde su perspectiva, podría parecer que está siendo un consejero cuando empieza con Anne. Quiere aconsejarla. Pero desde la perspectiva de ella, podría parecer que está siendo autoritario, el sargento instructor más que el consejero. Y usted Anne, empieza a sentirse regañada y a sentirse mal consigo misma.
ANNE: Sí.
DR. S: Siente que tiene que tomarlo o contraatacar.
MARK: Me parece que puedo… el contraataque es… Bueno, puedo entender eso. Realmente puedo.

Sesión 25

En su última sesión, Anne describió un insight reciente relacionado con el hecho de que sentía que "no merecía" ser feliz y su creencia de que la felicidad tiene algún tipo de costo. Dijo que la felicidad la hacía sentirse culpable porque creía que alguien debía estar sufriendo por su felicidad o que sufriría algún tipo de repercusión negativa por el hecho

de ser feliz. Anne relacionó algunos de esos sentimientos con un episodio de un trastorno alimentario que experimentó en la adolescencia y con episodios depresivos que experimentó en algunas ocasiones como adulta.

En el diálogo que se presenta a continuación, el Dr. S utiliza varias técnicas de la terapia conductual integrativa para analizar los insights de Anne y la forma en que sus sentimientos contribuyen al proceso de polarización de la pareja. El Dr. S. utilizó primero la unión empática para ayudar a Mark a entender la experiencia que tiene Anne cuando se deprime (un momento en que suele hacerle sugerencias de cómo "debería" pensar, sentirse o comportarse). Luego los separa de su problema -que Anne se siente criticada cada vez que Mark le hace esas sugerencias. En lugar de involucrarlos en sus respuestas emocionales a la conducta de cada uno, El Dr. S planteó este problema como consecuencia de sus problemas de comunicación básica. Al describir su problema en términos de sus métodos de comunicación, separa a Anne y a Mark del problema en sí y les proporciona una nueva forma de reaccionar a un problema antiguo (sin realizar ningún entrenamiento formal de comunicación):

DR. S: Me parece que la idea alrededor del conflicto sobre la felicidad -tener la felicidad- es como saborear una buena comida, y que eso le costará: "Muy bien, esto es alto en grasas, pero voy a disfrutarlo porque lo merezco, merezco este momento, de la misma manera que merezco este momento de felicidad, incluso si fulano no lo tiene. Merezco esta felicidad". Y esa va a ser la batalla, ser capaz de reaccionar ante Mark de una forma que exprese "Dios, me estoy sintiendo realmente culpable".

ANNE: Eso es mucho de lo que me pasa cuando estoy en el sofá y estoy totalmente inmóvil en mi depresión. Me maltrato.

DR. S: Y es necesario que Mark escuche, que sólo *escuche* y diga, "Caramba, eso debe ser realmente difícil". Ahora es posible que Mark se sienta presionado a resolver el problema y diga cosas como "Bueno, no deberías sentirte de esa forma" o "Fulano es así porque…", pero eso sólo provoca la autocrítica de Anne y podría convertirse en una pelea. Mark, cuando usted siente el dolor de Anne y lo que eso le cuesta su reacción es "Permíteme enseñarte qué hacer". Pero eso sólo suscita en Anne el sentimiento de "Ya ves idiota, no lo estás haciendo bien", lo que aumenta su autocrítica. Entonces, lo que va a ser de ayuda es sólo escuchar y parafrasear, y ella escuchará que no es razonable. Si en lugar de criticar sólo dice "Vaya, en realidad no crees merecer esas cosas", si sólo parafrasea esos temas de su inseguridad, su autocrítica, eso puede mantener una conexión.

Por último, el Dr. S utiliza intervenciones de tolerancia para permitir que Anne y Mark vean su problema como una diferencia en sus estilos de comunicación. Continúa con la descripción de sus problemas en términos de dificultades de comunicación. Describe que Anne responde a las situaciones con base en cómo **se siente,** mientras que es más probable que Mark use la lógica o que **razone** para decidir sus respuestas a las situaciones. El Dr. S también señala que el problema de la pareja suele ser resultado de

esta diferencia, y que esas diferencias en realidad se complementan entre sí.

DR. S: (*a Mark*) Y eso es lo que quiero alentar, que cuando empieza a sentir que los sentimientos de Anne no tienen sentido responda de una forma nueva en lugar de usar la **razón.** En lugar de decir "Esto no tiene sentido", diga "Lo que estoy escuchando es que dices que no mereces esto" -cualquier cosa que sea. Y lo que espero de Anne, es que se sienta más cercana a Mark cuando lo escuche expresar que la entiende.

ANNE: Sí, y definitivamente no sería la presión del "deberías" (*Mark ríe).*

DR. S: Anne, usted habla de las cosas desde la experiencia emocional, y Mark, usted lo hace desde la experiencia racional, y ambas son necesarias, ambas son importantes.

Esta sección del diálogo también revela que Anne y Mark desarrollaron una separación unificada de sus problemas. Anne usa la frase, "la presión del 'deberías'" para describir lo que previamente fue el "tema caliente" de sentirse criticada por Mark, y Mark es capaz de reír de su propia conducta.

CONCLUSIÓN

Aunque un solo estudio de caso es útil para fines ilustrativos, obviamente no permite llegar a conclusiones sobre el resultado del tratamiento que puedan generalizarse. Sin embargo, los estudios que se han descrito arrojaron resultados prometedores sobre la eficacia de la terapia conductual integrativa de pareja.

La terapia conductual integrativa de pareja forma parte de lo que Hayes (2004) llamó la "tercera ola" de la terapia conductual. La "primera ola" incluía los enfoques tradicionales del condicionamiento clásico y operante. La "segunda ola" incorporó estrategias cognitivas. La tercera ola enfatiza "las estrategias de cambio contextual y de la experiencia además de las estrategias más directas y didácticas" (p. 6). La aceptación y mindfulness son aspectos clave de esas terapias de la tercera ola. Aunque esas terapias han generado mucho entusiasmo y datos confirmatorios, sólo la investigación de resultado adicional definirá si esas terapias en general o la terapia conductual integrativa de pareja en particular alivian el sufrimiento humano, incluyendo el sufrimiento considerable que ocurre en las relaciones de pareja, de mejor manera que las dos primeras olas de la terapia conductual.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Atkins, D. C., Berns, S. B., George, W., Doss, B., Gattis, K., & Christensen, A. (2005). Prediction of response to treatment in a randomized clinical trial of marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 893–903.

Atkins, D. C., Dimidjian, S., Bedics, J. D., & Christensen, A. (2009). Couple discord and depression in couples during couple therapy and in depressed individuals during depression treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 1089–1099.

Baucom, B. R., Atkins, D. C., Simpson, L. E., & Christensen, A. (2009). Prediction of response to treatment in a ran- domized clinical trial of couple therapy: A 2-year followup. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 160–173.

Baucom, D. H., & Epstein, N. (1990). *Cognitive behavioral marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Baucom, D. H., Epstein, N., & Rankin, L. A. (1995). Cognitive aspects of cognitive behavioral marital therapy. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 65–90). New York: Guilford Press.

Baucom, D. H., & Hoffman, J. A. (1986). The effectiveness of marital therapy: Current status and application to the clinical setting. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 597–620). New York: Guilford Press.

Baucom, D. H., Shoham, V. M., Kim, T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 53–88.

Baucom, K. J. W., Sevier, M., Eldridge, K. A., Doss, B. D., & Christensen, A. (2011). Observed communication in couples two years after integrative and traditional behavioral couple therapy: Outcome and link with five-year followup. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 565–576.

Beach, S. R. H., Wamboldt, M. Z., Kaslow, N. J., Heyman, R. E., First, M. B., Underwood, L. G., et al. (2006). *Relational processes and DSM-V: Neuroscience, assessment, prevention, and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Buehler, C., Anthony, C., Krishnakumar, A., Stone, G., Gerard, J., & Pemberton, S. (1997). Interparental conflict and youth problems behaviors: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies, 6*, 233–247.

Christensen, A. (2009). Couple Questionnaire. Unpublished questionnaire. (To obtain this freely available measure, contact Andrew Christensen, PhD, UCLA Department of Psychology, Los Angeles, CA 90095; *christensen@psych. ucla.edu*.)

Christensen, A. (2010). Weekly Questionnaire. Unpublished questionnaire. (To obtain this freely available measure, contact Andrew Christensen, PhD, UCLA Department of Psychology, Los Angeles, CA 90095; *christensen@psych. ucla.edu*.)

Christensen, A., Atkins, D. C., Baucom, B., & Yi, J. (2010). Marital status and satisfaction five years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 225–235.

Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H., & Simpson, L. E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 176–191.

Christensen, A., Atkins, D. C., Yi, J., Baucom, D. H., & George, W. H. (2006). Couple and individual adjustment for two years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1180–1191.

Christensen, A., & Heavey, C. L. (1999). Interventions for couples. *Annual Review of Psychology, 50*, 65–102.

Christensen, A., & Jacobson, N. S. (1997). *Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory: Unpublished measures*. Los Angeles: University of California, Los Angeles.

Christensen, A., & Jacobson, N. S. (2000). *Reconcilable differences*. New York: Guilford Press.

Christensen, A., Doss, B. D., & Jacobson, N. S. (2014). *Reconcilable differences* (2nd ed.). New York: Guilford

Press. Christensen, A., Jacobson, N. S., & Babcock, J. C. (1995). Integrative behavioral couple therapy. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 31–64). New York: Guilford Press.

Cordova, J., & Jacobson, N. S. (1993). Couple distress. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2nd ed., pp. 481–512). New York: Guilford Press.

Crane, D. R., & Mead, D. E. (1980). The Marital Status Inventory: Some preliminary data on an instrument to measure marital dissolution potential. *American Journal of Family Therapy, 8* (3), 31–35.

Doss, B. D., & Christensen, A. (2006). Acceptance in romantic relationships: The Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory. *Psychological Assessment, 18*, 289–302.

Doss, B. D., Thum, Y. M., Sevier, M., Atkins, D. C., & Christensen, A. (2005). Improving relationships: Mechanisms of change in couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 624–633.

Epstein, N., & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitivebehavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.

Floyd, F. J., & Markman, H. J. (1983). Observational biases in spouse observation: Toward a cognitive/behavioral model of marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 450–457.

Floyd, F. J., Markman, H. J., Kelly, S., Blumberg, S. L., & Stanley, S. M. (1995). Preventive intervention and relationship enhancement. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 212– 230). New York: Guilford Press.

Funk, J. L., & Rogge, R. D. (2007). Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index. *Journal of Family Psychology, 21*, 572–583. Gottman, J., Notarius, C., Gonso, J., & Markman, H. (1976). *A couple's guide to communication*. Champaign, IL: Research Press.

Gupta, M., Coyne, J. C., & Beach, S. R. H. (2003). Couples treatment for major depression: Critique of the literature and suggestions for some different directions. *Journal of Family Therapy, 25*, 317–346.

Gurman, A. S., Knickerson, D. P., & Pinsof, W. M. (1986). Research on the process and outcome of marital and family therapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 565–624). New York: Wiley.

Hahlweg, K., Schindler, L., Revenstorf, D., & Brengelmann, J. C. (1984). The Munich Marital Therapy Study. In K. Hahlweg & N. S. Jacobson (Eds.), *Marital interaction: Analysis and modification* (pp. 3–26). New York: Guilford Press.

Halford, W. K. (2001). *Brief therapy for couples: Helping partners help themselves*. New York: Guilford Press.

Halford, W. K., Hayes, S., Christensen, A., Lambert, M., Baucom, D. H.,& Atkins, D. C. (2012). Toward making progress feedback an effective common factor in couple therapy. *Behavior Therapy, 43*, 49–60.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1–29). New York: Guilford Press.

Heavey, C. L., Christensen, A., Malamuth, N. M. (1995). The longitudinal impact of demand and withdrawal during marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 797–801.

Holtzworth-Munroe, A., & Jacobson, N. S. (1991). Behavioral marital therapy. In A. S. Gurman & D. P. Knickerson (Eds.), *Handbook of family therapy* (2nd ed., pp. 96–133). New York: Brunner/Mazel.

Jacobson, N. S. (1977). Problem solving and contingency contracting in the treatment of marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 92–100.

Jacobson, N. S. (1978a). A review of the research on the effectiveness of marital therapy. In T. J. Paolino & B. S. McGrady (Eds.), *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral, and systems theory perspectives* (pp. 395–444). New York: Brunner/Mazel.

Jacobson, N. S. (1978b). Specific and nonspecific factors in the effectiveness of a behavioral approach to the treatment of marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 442–452.

Jacobson, N. S. (1984). A component analysis of behavioral marital therapy: The relative effectiveness of behavior exchange and problem solving training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 295–305.

Jacobson, N. S., & Addis, M. E. (1993). Research on couple therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 85–93.

Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1998). *Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to*

transforming relationships. New York: Norton.
Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (2), 351–355.
Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Pagel, M. (1986). Predicting who will benefit from behavioral marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 518–522.
Jacobson, N. S., Follette, W. S., Revenstorf, D., Baucom, D. H., Hahlweg, K., & Margolin, G. (1984). Variability in outcome and clinical significance of behavior marital therapy: A reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 497–564.
Jacobson, N. S., & Gottman, J. (1998). *When men batter women: New insights into ending abusive relationships*. New York: Simon & Schuster.
Jacobson, N. S., & Holtzworth-Munroe, A. (1986). Marital therapy: A social learning/cognitive perspective. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 29–70). New York: Guilford Press.
Jacobson, N. S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.
Jacobson, N. S., Schmaling, K. B., & Holtzworth-Munroe, A. (1987). Component analysis of behavioral marital therapy: Two-year follow-up and prediction of relapse. *Journal of Marital and Family Therapy, 1*3, 187–195.
Knox, D. (1971). *Marital happiness: A behavioral approach to counseling*. Champaign, IL: Research Press.
Liberman, R. P. (1970). Behavioral approaches to family and couple therapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 40*, 106–118.
Liberman, R. P., Wheeler, E. G., deVisser, L. A., Kuehnel, J., & Kuehnel, T. (1981). *Handbook of marital therapy: A positive approach to helping troubled relationships*. New York: Plenum Press.
O'Farrell, T. J., & Fals-Stewart, W. (2000). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Substance Abuse and Treatment, 18*, 51–54.
Sevier, M., Eldridge, K., Jones, J., Doss, B., & Christensen, A. (2008). Observed communication and associations with satisfaction during traditional and integrative behavioral couple therapy. *Behavior Therapy, 39*, 137–150.
Simpson, L. E., Doss, B. D., Wheeler, J., & Christensen, A. (2007). Relationship violence among couples seeking therapy: Common couple violence or battering? *Journal of Marital and Family Therapy, 33*, 270–283.
Skinner, B. F. (1966). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions for couple therapy. *Annual Review of Psychology, 57*, 317–344.
Snyder, D. K., Wills, R. M., & Grady-Fletcher, A. (1991). Long-term effectiveness of behavioral versus insightoriented marital therapy: A 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 138–141.
Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues, 17*(3), 283–316.
Stuart, R. B. (1969). Operant interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 675–682.
Stuart, R. B. (1980). *Helping couples change: A social learning approach to marital therapy*. New York: Guilford Press.
Weiss, R. L., & Cerreto, M. C. (1980). The Marital Status Inventory: Development of a measure of dissolution potential. *American Journal of Family Therapy, 8* (2), 80–85. Weiss, R. L., Hops, H., & Patterson, G. R. (1973). A framework for conceptualizing marital conflict, technology for altering it, some data for evaluating it. In L. A. Hamerlynck, L. C. Handy, & E. J. Mash (Eds.), *Behavior change: Methodology, concepts, and practice* (pp. 309–342). Champaign, IL: Research Press.
Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 638–643.
Whisman, M. S., & Bruce, M. L. (1999). Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 674–678.
Wile, D. B. (2008). *After the honeymoon: How conflict can improve your relationship* (Rev. ed.). Oakland, CA:

Collaborative Couple Therapy Books.
Wimberly, J. D. (1998). An outcome study of integrative couples therapy delivered in a group format (Doctoral dissertation, University of Montana, 1997). *Dissertation Abstracts International B: Sciences and Engineering, 58* (12), 6832.

NOTAS

1. Se usa el término más inclusivo "terapia de pareja" en lugar de término más limitado de "terapia matrimonial" porque la "terapia de pareja" hace referencia no sólo a parejas casadas sino también a parejas no casadas, parejas gay y lesbianas.

3. No se incluyen aquí ejemplos de la aplicación de las intervenciones de la terapia conductual tradicional de pareja, las cuales pueden encontrarse en otras fuentes (p. ej., Cordova y Jacobson, 1993; Jacobson y Margolin, 1979).

4. En el proyecto se usaron las Escalas Tácticas de Conflicto Revisadas (ETC2) para evaluar la violencia y se excluyó a cualquier pareja en que la mujer reportara violencia moderada a severa por parte del marido, a los cónyuges antes de que vieran a uno de los terapeutas del proyecto y se canalizaron al tratamiento individual apropiado para violencia. El Dr. S podía continuar con el conocimiento de que la esposa no había avalado este tipo de violencia por parte del marido en las Escalas Tácticas de Conflicto Revisadas (aunque todavía podía hacerlo en la sesión individual). En un escenario clínico se recomendó que los profesionales administren a todos los clientes el Cuestionario de Pareja o las Escalas Tácticas de Conflicto Revisadas y que hagan un seguimiento en las sesiones individuales en que deben enfocarse específicamente en los reactivos del cuestionario relacionados con la violencia que el individuo afirmó cometer o recibir. Con base en estas entrevistas, el profesional debe canalizar a los clientes en los casos apropiados (Jacobson y Gottman, 1998).

Índice

Portadilla	4
Dedicatoria	7
Acerca del autor	8
Colaboradores	9
Prefacio	13
1. Trastorno de pánico y agorafobia	20
2. Trastorno por estrés postraumático	124
3. Trastorno de ansiedad social	211
4. Trastorno obsesivo-compulsivo	282
5. Terapia conductual con base en la aceptación para el trastorno de ansiedad generalizada	379
6. Trastornos emocionales	433
7. Terapia cognitiva para la depresión	495
8. Psicoterapia interpersonal para la depresión	587
9. Activación conductual para la depresión	627
10. Trastorno límite de la personalidad	696
11. Trastorno bipolar	820
12. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	895
13. Trastornos por consumo de alcohol	958
14. Trastornos por consumo de drogas	1049
15. Relaciones y responsividad basadas en la evidencia para la depresión y abuso de sustancias	1099
16. Tratamiento de las alteraciones del sueño	1140
17. Trastornos alimentarios	1195
18. Problemas de pareja	1260